

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-657670

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12142 Société : R.A.M. 90266

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MAIEFI

Date de naissance : 16.11.1974

Adresse : 27 ANEST LARBI Residence CAMELIA Gaiéage NS 18 MADINET CASABLANCA

Tél. : 0661309923 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : MAIEFI HIND

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
05/10/2021	Actes	9		INP :



EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

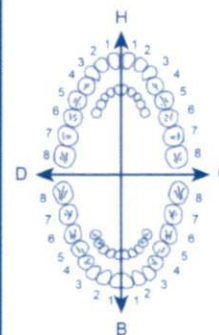
SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient

INP :


COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT
MASTICATOIRE

H		G	
25533412	00000000	21433552	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553		

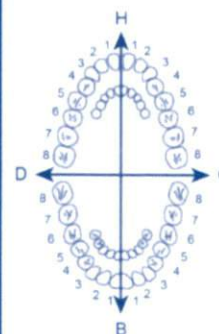
[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION


VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Zoubir CHOUFFAI

HEMATOLOGISTE

ONCOLOGIE PEDIATRIQUE

Ancien Enseignant Faculté de Médecine

et C.H.U Ibn Rochd (Casablanca)

Ancien assistant F.F.

Institut Gustave Roussy (Villejuif - France)

Sur Rendez-vous

الدكتور الزوبير الشفاعي

إختصاصي في أمراض الدم

أنكولوجيا الأطفال

أستاذ مساعد سابقا بكلية الطب

والمركز الجامعي ابن رشد (الدار البيضاء)

مساعد سابقا

بمعهد كوستاف روسي

(فيل جويف - فرنسا)

بالموعد



091042291

Handwritten notes: 10/11, 11/12, 12/13

Handwritten: 62/70

Handwritten: At pinino - stop

Handwritten: 2/1

Handwritten: 25, 40 x 3

Handwritten: Ferroferr

Handwritten: 2 - 1 / 3805

Handwritten: 26, 20 x 2

Handwritten: Ac fer

Handwritten: 1 - 1 / 286

Handwritten: 190/40

Stamp: DOCTEUR ZOUBIR CHOUFFAI, HEMATOLOGISTE, ONCOLOGIE PEDIATRIQUE, 152, Bd Ba hmad - CASABLANCA, Tél: 0522 24 37 41 ou 24 81 61, Fax: 0522 40 40 70

152 شارع باحماد - بلقدير - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 24.37.41/43 - 05 22 24.81.61/63 - الفاكس : 0522 40.40.70

152, Boulevard Ba hmad - Belvédère - Casablanca - Tél. : 022 24.81.61/63 - 0522 24.37.41/43 - Fax : 05 22 40.40.70

En Cas d'Urgence : Clinique Val d'Anfa - Tél. : 05 22 39.69.39 / 06 61 33.74.37



ONCOLOGIE
PEDIATRIQUE
HEMATOLOGIE

ACFOL 5mg

Boîte de 28 comprimés



6 118000 430025

Fabriqué par: Laboratoire pharmaceutique **IBERMA**.
Z.I Lot 149 Had Soualem, Province Berrechid, Maroc.
Titulaire de l'AMM: Laboratoire pharmaceutique
Z.I Lot 149 Had Soualem, Province Berrechid, Maroc.
Dr. N. KHALED: Pharmacien Responsable
Médicament autorisé N° 554/17DMP/21/NTT.

Versalya
La Santé et son avenir

ACFOL®

5mg

Acide folique / Comprimés

LOT: 14219005

PER: 05/2023

PPV: 26, 20 IH

28

Comprimés
Voie orale

ACFOL 5mg

Boîte de 28 comprimés



6 118000 430025

Fabriqué par: Laboratoire pharmaceutique **IBERMA**.
Z.I Lot 149 Had Soualem, Province Berrechid, Maroc.
Titulaire de l'AMM: Laboratoire pharmaceutique
Z.I Lot 149 Had Soualem, Province Berrechid, Maroc.
Dr. N. KHALED: Pharmacien Responsable
Médicament autorisé N° 554/17DMP/21/NTT.

Versalya
La Santé et son avenir

ACFOL®

5mg

Acide folique / Comprimés

LOT: 14219005

PER: 05/2023

PPV: 26,20 DH

28

Comprimés
Voie orale

**Solution
buvable**

Arginine Veyron

LOT:549

PER:07/23

PPV:62,70DH

FUMAFER®

100 comprimés

(64 x 25 x 90) mm

FUMAFER®

fumarate ferreux **200 mg**
(équivalent à **66 mg** de fer)

PPU 25.10 DH
LOT C802 PER 08/25

100 comprimés
voie orale



عدد الجرعات في اليوم

NOMBRE DE PRISES PAR JOUR

MATIN MIDI SOIR



FUMAFER®

100 comprimés

(64 x 25 x 90) mm

FUMAFER®

fumarate ferreux **200 mg**
(équivalent à **66 mg** de fer)

PPU 25.10 DH
LOT C802 PER 08/25

100 comprimés
voie orale



عدد الجرعات في اليوم

NOMBRE DE PRISES PAR JOUR

MATIN MIDI SOIR



FUMAFER®

fumarate ferreux **200 mg**
(équivalent à **66 mg** de fer)

PPU 25.10 DH
LOT C802 PER 08/25

100 comprimés
voie orale

FUMAFER®

100 comprimés

(64 x 25 x 90) mm



عدد الجرعات في اليوم

NOMBRE DE PRISES PAR JOUR

MATIN MIDI SOIR

