

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° M21- 0006866

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8767 Société : 66255

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUKHRIS AZIZ

Date de naissance : 06-03-68

Adresse :

Tél. : 06 61 21 73 59 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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 : Le : 08 AVR 2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-006866

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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 canaux, 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 canaux.

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-541413

Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8767 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : A. H. T. Boukhari

Date de naissance : 06-03-68

Adresse : ONSA CAMPUS TOWN 1er étage 11mm 11 shi-03

Tél : 06 21 7358

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/10/2020

Nom et prénom du malade : Boukhari Igad Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Hémapathie Strait

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) :



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

11/10/2020 Actes 091042284

Dr. MOHAMED MOUHAMMAD MOUHAMMAD
DENTISTE GÉNÉRALISTE
HÉMATOLOGIE
GÉNÉRALISTE PÉDIATRIQUE
CAS. BLANCA
Tél.: 022.40.40.40

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

Methotrexate

11/10/2020

6 blancs = 1800 L.E

SPHINX ONCOLOGY CENTER

(SPHINX CURE)

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.

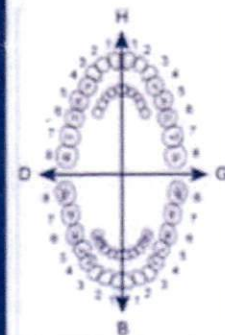
SOINS DENTAIRES

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



صيدلية د / عمرو حجازي

خدمة التوصيل للمنازل (خدمة متميزة)

ب.ض: ۵۳۳ - ۰۲۶ - ۲۸۵

ملف ضريبي: ٢٤ - ٠١ - ١٨١ - ٠٠٨٣٧ - ٥

الاسم:

العنوان :

تحریراً فی ۱۱ / ۱۰ / ۲۰۲۰

كود العميل :

[illegible]

آخر مترو مصطفى النحاس - موقف أتوبيس الحى الثامن ت: ٢٩٢٨٦٠٩٦

٩ش عبد المنعم رياض أمام عمارات الشمس/مرحلة ٢ ت: ٢٤٧٠٠٤٣:

Mfg. Lic. No.: 14/RR/AP/2008/F/CC

Batch No.:

Mfg. Date: MTI1910CC

Exp. Date: 03/2019

M.R.P. Rs.: 02/2021

(Inclusive of all Taxes)

*Registered Trade mark of Celon Laboratories Pvt. Ltd.

Manufactured & Marketed by:

CELON LABS

CELON LABORATORIES PVT. LTD.,

Plot No-2, ALEAP Industrial Estate,

Gajularamaram, Medchal District -

500 090, Telangana State, India.

CELON LABS

R Methotrexate
Injection
IP 500mg/ 5mL

Methocel® 500

For Intra thecal/Intra arterial/
I.M./I.V. use only

Single use vial

Mfg. Lic. No.: 14/RR/AP/2008/F/CC

Batch No.:

Mfg. Date: MTI1910CC

Exp. Date: 03/2019

M.R.P. Rs.: 02/2021

(Inclusive of all Taxes)

*Registered Trade mark of Celon Laboratories Pvt. Ltd.

Manufactured & Marketed by:

CELON LABS

CELON LABORATORIES PVT. LTD.,

Plot No-2, ALEAP Industrial Estate,

Gajularamaram, Medchal District -

500 090, Telangana State, India.

CELON LABS

R Methotrexate
Injection
IP 500mg/ 5mL

Methocel® 500

For Intra thecal/Intra arterial/
I.M./I.V. use only

Single use vial

Mfg. Lic. No.: 14/RR/AP/2008/F/CC

Batch No.:

Mfg. Date: MTI1910CC

Exp. Date: 03/2019

M.R.P. Rs.: 02/2021

(Inclusive of all Taxes)

*Registered Trade mark of Celon Laboratories Pvt. Ltd.

Manufactured & Marketed by:

CELON LABS

CELON LABORATORIES PVT. LTD.,

Plot No-2, ALEAP Industrial Estate,

Gajularamaram, Medchal District -

500 090, Telangana State, India.

CELON LABS

R Methotrexate
Injection
IP 500mg/ 5mL

Methocel® 500

For Intra thecal/Intra arterial/
I.M./I.V. use only

Single use vial

CELON LABS

R Methotrexate
Injection
IP 500mg/ 5mL

Methocel® 500

For Intra thecal/Intra arterial/
I.M./I.V. use only

Single use vial

Mfg. Lic. No.: 14/RR/AP/2008/F/CC

Batch No.:

Mfg. Date: MTI1910CC

Exp. Date: 03/2019

M.R.P. Rs.: 02/2021

(Inclusive of all Taxes)

*Registered Trade mark of Celon Laboratories Pvt. Ltd.

Manufactured & Marketed by:

CELON LABS

CELON LABORATORIES PVT. LTD.,

Plot No-2, ALEAP Industrial Estate,

Gajularamaram, Medchal District -

500 090, Telangana State, India.

Mfg. Lic. No.: 14/RR/AP/2008/F/CC

Batch No.:

Mfg. Date: MTI1910CC

Exp. Date: 03/2019

M.R.P. Rs.: 02/2021

(Inclusive of all Taxes)

*Registered Trade mark of Celon Laboratories Pvt. Ltd.

Manufactured & Marketed by:

CELON LABS

CELON LABORATORIES PVT. LTD.,

Plot No-2, ALEAP Industrial Estate,

Gajularamaram, Medchal District -

500 090, Telangana State, India.

CELON LABS

R Methotrexate
Injection
IP 500mg/ 5mL

Methocel® 500

For Intra thecal/Intra arterial/
I.M./I.V. use only

Single use vial

Single use vial

For Intra thecal/Intra arterial/
I.M./I.V. use only

Methocel® 500

IP 500mg/ 5mL

Injection

R Methotrexate

CELON LABS

CELON LABORATORIES PVT. LTD.,

Plot No-2, ALEAP Industrial Estate,

Gajularamaram, Medchal District -

500 090, Telangana State, India.

Manufactured & Marketed by:

CELON LABS

CELON LABORATORIES PVT. LTD.,

Plot No-2, ALEAP Industrial Estate,

Gajularamaram, Medchal District -

500 090, Telangana State, India.

*Registered Trade mark of Celon Laboratories Pvt. Ltd.

(Inclusive of all Taxes)

M.R.P. Rs.: 02/2021

Exp. Date: 03/2019

Mfg. Date: MTI1910CC

Batch No.:

Mfg. Lic. No.: 14/RR/AP/2008/F/CC

CELON LABS

Methocel® 500

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

أنتكولوجيا الأطفال

أستاذ مساعد سابقا بكلية الطب
والمركز الجامعي ابن رشد (الدار البيضاء)

مساعد سابقا

بمعهد كوستاف روسي

(فيل جويغ - فرنسا)

بالموعد



091042291

11/10/2020

Boukhiss Iya d

Telholrexate 500mg ug

6 flacons

الدكتور الزوبير الشفاعي
Docteur Zoubir CHOUFFAI
HEMATOLOGISTE
ONCOLOGIE PEDIATRIQUE
152, bd Ba Hmad - Casablanca
Tél.: 022.24.81.61/63 - Fax : 022.40.40.70

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