

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.

N° W19-563306

ND 51441

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 08767 Société : MUPRAS			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre			
Nom & Prénom : ALIZ BOUAMALA T4 DEC. 2020			
Date de naissance : 06-03-68			
Adresse : Casablanca Tounsi 16711 Immeuble Albatros			
Tél. : 0661267353 Total des frais engagés : _____ Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 01/01/2021	
Nom et prénom du malade : A. BOUAMALA	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Hiver	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCIDENT	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous peine d'informer 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 : 16/01/2021 Le : / /
Signature de l'adhérent(e) : 

DOSSIER N° 15010001 ACCUEIL

RELEVE 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
Acte 10720	or			INP : 111-1234567 Signature : A. J. S. DOCTEUR ZOUIBI MOHAMED CHOUFFAI HISTOLOGIQUE PSYCHIATRIQUE HEMIE THERAPEUTIQUE BLANC

ANALYSES - RADIOPHYSIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Centre d'Analyses et de Radiographies de l'INPE</i>	<i>11/10/2013</i>	<i>B150+PC</i>	<i>230 DH</i>
	<i>INPE</i>		
		093061786	

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		AM	PC	IM	IV		

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																																																	
<p>SOINS DENTAIRES</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																											INP : <input type="text"/>		
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																													
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																																	
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																																	
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																																																	
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																																																	
<p>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</p>	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>21433552</th> </tr> <tr> <th>D</th> <th>00000000</th> </tr> <tr> <th>B</th> <th>11433553</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> </tr> </tbody> </table>			H	21433552	D	00000000	B	11433553	25533412	00000000	00000000	35533411																																				
	H	21433552																																															
	D	00000000																																															
	B	11433553																																															
	25533412	00000000																																															
	00000000	35533411																																															
	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																																
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																																
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>																																																
	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																																																
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																																																
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																																																



مركز التحاليل الطبية للدار البيضاء

Centre d'Analyses Médicales de Casablanca

Prélèvement du : 14/10/2020



IIF2159

Référence : 510CH140573

Matricule : 81527

14/10/2020

Enf. BOUKHRISS IYAD

Médecin: Dr. CHOUFFAI Zoubir

CENTRE ONCOLOGIE PEDIATRIQUE E

SEROLOGIE Covid-19

Immuno-chromatographie

Recherche d'Ac IgM

Négatif

Recherche d'Ac IgG

Négatif

Conclusion: .

Absence d'Ac Anti covid 19

Dr. Taoufik GUISSOUMA
Pharmacien Biologiste
Diplômé de l'Université de Médecine
et de Pharmacie de Bruxelles

Dr. Fadhel EL KATEB

Dr. Taoufik GUISSOUMA

3, rue Ibnou Younes (Rd point Romandie par le Bd Ibnou Sina) - Casablanca

Tél.: 05 22 39 25 00 - 05 22 39 25 99 - Fax : 05 22 39 25 88 - E-mail : camclabo@gmail.com - www.laboratoirecamc.com

C.N.S.S N°: 7800172 - I.F N°: 40173599 - T.P N°: 35871653 - ICE : 001643746000044 - INPE : 093061786



مركز التحاليل الطبية للدار البيضاء

Centre d'Analyses Médicales de Casablanca

NOTE D'HONORAIRES 81527

LE : 14/10/2020

Analyses effectuées le: 14/10/2020

Référence : V/REF. 81527

Pour..... Enf. BOUKHRISS IYAD

Sur prescription du Dr. CHOUFFAI Zoubir

Code..... IIF2159



Organisme..... CENTRE ONCOLOGIE PEDIATRIQUE E

Examens demandés:

COV

Cotation : (B 150) Montant Net : 230.00 dh

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

DEUX CENT TRENTÉ Dhs 00 Cts

Dr. Fadhel EL KATEB

Dr. Taoufik GUISSOUMA



Docteur Zoubir CHOUFFAI

الدكتور الزوبير الشفاعي

إختصاصي في أمراض الدم

العنوان: دار الفيصل
الأستاذ المساعد سابقا بكلية الطب
والمركز الجامعي ابن رشد (الدار البيضاء)

مساعد سابق
بمعهد كومسطاف روسي
(فيل جويف - فرنسا)

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



091042291

141101d00

M R : BOUKHRISS IYAD

Ne: 251031 do D4



Seiologi de Covid 19

IgG / IgM

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