

## 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 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-563298

51484

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05767 Société : MUPRAS

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre 1 / 15 DEC 2020

Nom & Prénom : Alet Boukhis

Date de naissance : 06-03-68

Adresse : Casablanca, 1er arrondissement, 11111

Tél. : 0661217313 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/08/2020

Nom et prénom du malade : Boukhis Tyad Age: 52

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

Nature de la maladie : Hemopathie & Traitement

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements confidentiels 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 : Casablanca le 15 DEC 2020

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
14/8/20	S		Acte S	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/08/2020	1259.80

## 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				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
H														
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
				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  
أنتكولوجيا الأطفال  
أستاذ مساعد سابقا بكلية الطب  
والمركز الجامعي ابن رشد (الدار البيضاء)  
مساعد سابقا  
بمعهد كوستاف روسي  
(فيل جوف - فرنسا)  
بالموعد

17/08/2020



091042291

Eng. Boukhris Iged

18.00 x 3

Hydrocortisone



20mg

N23

**PHARMACIE AL BOUDOUR**  
S.A.R.L AU Capital de 6.320.000 Dirhams  
Siège Social Casablanca : 115, Rue de Sebta  
Tél.: 05 22 86 04 68 - Fax: 05 22 86 04 67  
R.C.: Casa 252 331 - I.F.: 40464164

### VOIE INTRAVEINEUSE STRICTE

Composition :  
Vincristine sulfate 1mg  
Excipient q.s.p. 1ml  
Attention :  
Comme pour toutes les solutions  
injectables, il faut contrôler la limpidesse,  
l'absence de particules et de précipité,  
la décoloration et l'étanchéité avant  
toute administration.



PPV: 55,90 DH

55.90 x 2  
Vincristine



1mg

(ONCOWIN)  
2 fl.

547.00 x 2  
Chemoset injectable



Greluttes bicarbonate

1259.80

الدكتور الزوبير الشفاعي  
DOCTEUR Zoubir CHOUFFAI  
HEMATOLOGIE  
ONCOLOGIE PEDIATRIQUE  
152, Bd Ba Hmad - Casablanca  
Tél.: 0522 24 37 41/43



ONCOLOGIE  
PEDIATRIQUE  
HEMATOLOGIE



# CHEMOSET<sup>®</sup>

Ondansétron

8mg/4ml

LOT:1801311 EXP:02/21  
PPV:547DH00

# CHEMOSET<sup>®</sup>

Ondansétron

8mg/4ml

LOT:1801311 EXP:02/21  
PPV:547DH00