

# 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.

## Diagnostique 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



57609

## Déclaration de Maladie : N° P19-0013432

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 815 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : SAIDI ABDELHAFID Date de naissance : 18/01/1936  
Adresse : 86 Rue A. Megati, MARIE CHANANCHA  
Tél. : 0522 237517 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : Saida Abdelhafid Age : 85 ANS  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Hémodiagnostic & trait

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 : CASABLANCA Le :  
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
		Acte 82		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie du Jura 129, Bis Rue Oussama Brou Zaïd CASABLANCA 05 22 25 34	07/10	1103,80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

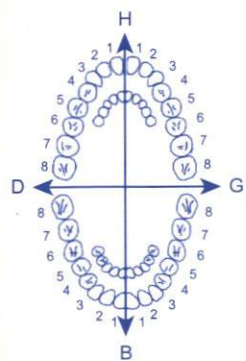
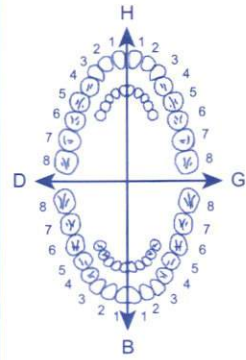
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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 (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

LOT: 14220008  
PER: 05/2024  
PPV: 26,20 DH

الدكتور الزوبير الشافعي

إختصاصي في أمراض  
انكولوجيا الأطفال  
أستاذ مساعد سابق بكل  
الطب  
ف  
فرنسا  
عد

LOT: 14220010  
PER: 11/2024  
PPV: 26,20 DH



Saïdi Abdelhafid

274,60 Solupred 20 mg 3cp matin  
58,40x4  
38,00 Esac 20 mg 1cp 12h/15h  
98,00  
270,00 Gido Viral 400 mg 1cp 15  
270,00  
289,00 Esac 20 mg 1gell le matin  
144,50x2  
23,40 katie ff 1cp 15h  
28,40  
140,00 Ceclor 20 mg 1gell 15h  
140,00  
104,80 Ac 5mg 1cp + 15h  
26,20x4

1103,80 DH

PPV 380DH00

EXP 06/2024  
LOT 06023 1

400 mg

LOT 190070  
EXP 11/22  
PPV 270DH00

LOT: 14220008  
PER: 05/2024  
PPV: 26,20 DH

PPV 280DH40  
EXP 08/2024  
LOT 03025 3

LOT: 201159  
PER: 04-2023  
PPV: 140,00DH

LOT: 14220019  
PER: 11/2024  
PPV: 26,20 DH

ONCOLOGIE  
PEDIATRIQUE  
HEMATOLOGIE

152 شارع باحماد - بلقدير - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 24.37.41/43 - 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

58,40

Solupred® 20mg

58,40

Solupred® 20mg

58,40

Solupred® 20mg

58,40

Solupred® 20mg

150 Bis Rue Ousselle Boudjic  
Algiers 16  
Algeria  
Tel: 021 25 55 33  
Fax: 021 25 55 33  
E-mail: info@casablancia.com  
www.casablancia.com