

# 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.

## Prothèse 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



Déclaration de Maladie  
N° M21- 0004663

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 815 Société : 75968  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : SAIDI ABDELHAFID  
Date de naissance : 18/01/1936  
Adresse : 86 Rue A. Mejjati, Marrakech CASABLANCA  
Tél. : 0522 237517 Total des frais engagés : 1648,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Date de consultation : 15/02/2014  
Nom et prénom du malade : Saïdi Abdelhafid Age : 85  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Leucémie lymphoïde chronique  
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) :

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
30/03/2021		9		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
	23/6/21	1648,80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

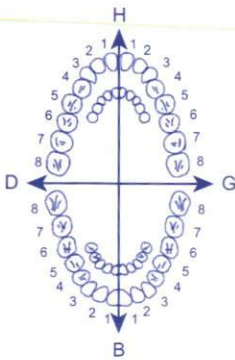
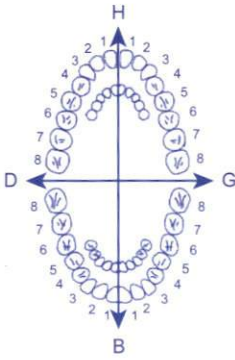
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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'OD

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																	
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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'EX



# 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: 14221001  
PER: 01/2025  
PPV: 26,20 DH

30/03/2021

## الدكتور الزوبير الشفاعي

إختصاصي في أمراض الدم

أنتكولوجيا الأطفال

أستاذ مساعد سابقاً بكلية الطب

والمركز الجامعي ابن رشد (الدار البيضاء)

مساعد سابقاً

بمعهد كوستاف روسي

(فيل جوفيف - فرنسا)

بالموعد



091042291

400 mg

LOT 20D078

EXP 11/23

PPV 270DH00

400 mg

LOT 20D076

EXP 11/23

PPV 270DH00

LOT 20D079

EXP 11/23

PPV 270DH00

CO-TRIM FORT

20 com

PPV 38DH00

EXP 06/2024  
LOT 06073 2

LOT: 191343  
PER: 04-23  
PPV: 140,00DH

الدكتور الزوبير الشفاعي  
Docteur Zoubir CHOUFFAI  
HEMATOLOGISTE  
ONCOLOGIE PEDIATRIQUE  
C.H.U. Ibn Rochd - CASABLANCA  
Tél: 05 22 24 37 41 / 43 Fax: 05 22 40 40 70

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. : 05 22 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

3 mois

Saïdi Abdel Rafi

1) Ciclorinal 400 mg

270,00 x 4 =

1080,00

2) Aclor

26,20 x 6 =

157,20

3) Solu-metol 80 g

58,40 x 4 =

233,60

4) Cotrim fort

38,00 x 1 =

5) Oestel 80 g

140,00

1648,80 DH

Amsti / Meroli

LOT:14220011  
PER:11/2024  
PPU:26,20 DH

23

Comprimés

LOT:14221003  
PER:01/2025  
PPU:26,20 DH

LOT:14220011  
PER:11/2024  
PPU:26,20 DH

LOT 200078  
EXP 11/23  
PPV 2700040

400 mg

LOT:14220012  
PER:11/2024  
PPU:26,20 DH

LOT:14221002  
PER:01/2025  
PPU:26,20 DH

LOT:14221001  
PER:01/2025  
PPU:26,20 DH

**EFFIPRED® 20 mg**

PPV 58DH40  
EXP 11/2023  
LOT 06025 8

**EFFIPRED® 20 mg**

PPV 58DH40  
EXP 01/2024  
LOT 00018 9

**EFFIPRED® 20 mg**

PPV 58DH40  
EXP 01/2024  
LOT 00018 3