

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

- 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

M22- 0038528

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2545 Société : RAM 15439
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : JALIL MOHAMMED
 Date de naissance : 01-01-1953
 Adresse : 97 RUE SOCRATE MAANIF CASA
 Tél. : 0670566416 Total des frais engagés : 2358,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/06/2023
 Nom et prénom du malade : JALIL Mohamed Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : ADK Rectum
 Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :
 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 : 13/06/2023
 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 13/06/23 | | 9 | 300,00 |  |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 13/06/23 | 1988,00 |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | |
|--|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Praticien | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|  | | 7070 dh |

AUXILIAIRES MEDICAUX

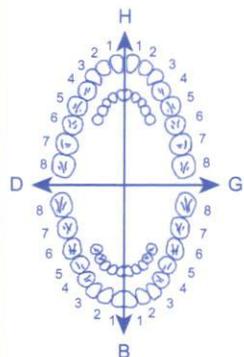
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

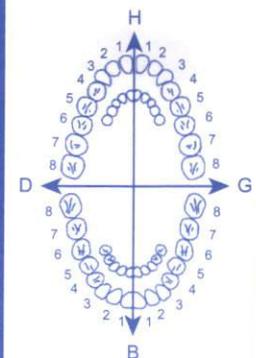
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | Coefficient DES TRAVAUX | MONTANTS DES SOINS | DEBUT D'EXECUTION | FIN D'EXECUTION |
|---|----------------|------------------|-------------|-------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
|  | | | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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



(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

| | | |
|--|-------------------------|----------------------|
| | 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

RADIOTHERAPIE PAR VMAT (IMRT - IGRT - ARCTHERAPIE) - RADIOCHIRURGIE
 RADIOTHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINACS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOTHERAPIE METABOLIQUE
 CURIETHERAPIE A HAUT DEBIT DE DOSE (HDR) - CHIMIOTHERAPIE - CHIMIOTHERAPIE INTRA PERITONEALE (CHIP) - HOSPITALISATION

العلاج الإشعاعي المطور الموجه بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكانر - الجراحة الإشعاعية
 العلاج الإشعاعي الباطني و الفياض - الإشعاعي النووي - العلاج الكميائي الباطني - الإستشفاء

CASABLANCA, LE...

الدكتور سعيد تاشفين
Docteur Said TACHFINE

أخصائي في العلاج بالمواد الكيماوية

EMEND® 125 mg+ 80 mg
 Boite de 1 gélule de 125 mg
 et deux gélules de 80 mg
 P.P.V.: 872,00 DH
 AMM 79/19DMP/21/NRS
 Distribué par MSD Maroc



6 118001 160754

1- TALIL Mohamed

1- Emme d

872,00 XN

PHARMACIE ABOU ZAÏD
 Rue 36, N° 4, Mass'ra II, Bourmelal
 CASABLANCA
 Tél. : 0522 70 72 84 - Fax : 0522 71 00 79

PHARMACIE ABOU ZAÏD
 Rue 36, N° 4, Mass'ra II, Bourmelal
 CASABLANCA
 Tél. : 0522 70 72 84 - Fax : 0522 71 00 79

at 26th

INVESTIM 30MU.ME.MIO.E.JO.SML
 P.P.V.: 1116DH00

 6 118001 171422

1116,00 XN

1988,00

RADIOTHERAPIE PAR VMAT (IMRT - IGRT - ARCTHERAPIE) - RADIOCHIRURGIE
 RADIOTHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINACS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOTHERAPIE METABOLIQUE
 CURIETHERAPIE A HAUT DEBIT DE DOSE (HDR) - CHIMIOTHERAPIE - CHIMIOTHERAPIE INTRA PERITONEALE (CHIP) - HOSPITALISATION

العلاج الإشعاعي المطور الموجه بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكانر - الجراحة الإشعاعية
 العلاج الإشعاعي الباطني و الفياض - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء

CASABLANCA, LE 13/06/2013

الدكتور سعيد تاشفين
 Docteur Said TACHFINE

اخصائي في العلاج بالمواد الكيميائية
 ONCOLOGUE MEDICAL

Dr. TALIC Mohamed

*1) Solupred 20
 2) Clastec 10*

Sanofi-aventis Maroc
 Route de Rabat - R.P. 1
 Ain sebaâ Casablanca
 Solupred 20 mg 20 cp
 P.P.V : 48,70 DH

6 118000 060536

9 1180060 000811 1 6
 Clastec 10 mg boîte de 10 comprimés

4870
 22,-
 LOT : 5386
 PER : 12 - 25
 P.P.V : 22 DH 00

T=70,70

PHARMACIE MIRABEL CASA
 A. SAMKAOUI, Docteur en Pharmacie - ULP (Strasbourg)
 - INPE : 092042829 -
 ICE : 001841239000017
 5, Rue des Fauvettes, 20410, Oasis - Casablanca
 Tél. : 0522.23.11.59 - Fax : 0522.23.26.45 - mirabel@msn.com

DR. STABLINE
 Spécialiste en Oncologie Médicale
 Centre Al Kindy - Casablanca
 Tél. : 0522.23.15.50

Se reporter à la notice jointe pour des informations supplémentaires concernant la prise d'EMEND.

QUAND et **COMMENT** prendre EMEND

EMEND[®] 125 mg

gélule

Aprépitant

EMEND[®] 80 mg

gélules

Aprépitant

Votre médecin vous a prescrit EMEND, un antiémétique, pour contribuer à prévenir les nausées et les vomissements associés à votre chimiothérapie.

COMMENT :

EMEND doit être pris seulement une fois par jour, durant 3 jours consécutifs. Les gélules d'EMEND peuvent être prises pendant ou en dehors des repas.

Ne pas sortir toutes les gélules en une fois.

EMEND[®] 125 mg

gélule

Aprépitant

EMEND[®] 80 mg

gélules

Aprépitant

Kit de traitement de 3 jours contenant :

1 x 1 gélule de 125 mg et

2 x 1 gélule de 80 mg

**Veillez lire la notice
jointe avant utilisation.**