

# 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

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 :

Dr S. TALCHINE  
 Spécialiste en Oncologie Médicale  
 INP : 091131532  
 Centre Al Kindy - Casablanca

Date de consultation : 13-06-2023  
 Nom et prénom du malade : JALIL MOHAMMED Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : ALD RACH  
 Affection longue durée ou chronique : ALD RACH 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	1300,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE ABOU ZAÏD  
Rue 36, N° 4, Massira II, Bourmel  
CASABLANCA  
Tél : 0522 70 22 84 - Fax : 0522 70 22 84

13/06/23 1988,00

PHARMACIE MIRABEL CASA  
A. SAMKAOU, Docteur en Pharmacie - U.P. (Strasbourg)  
INPE - 092042828  
Cachet et signature du Pharmacien  
Laboratoire PHARMACIE MIRABEL  
5, Rue des Foyettes 20440, Oasis - Casa Blanca  
Tél : 0522.23.11.59 - Fax : 0522.23.26.45 - mirabel@msn.com

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

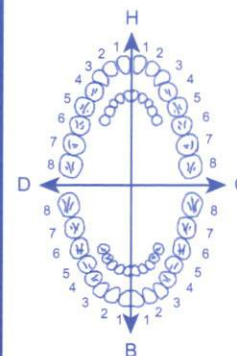
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

## SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

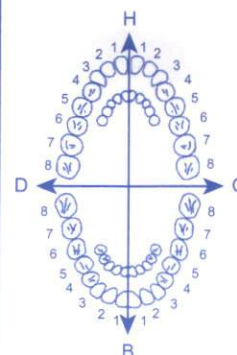
FIN D'EXECUTION

## O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
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

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.....

الدكتور سعيد تاشفين  
 Docteur Said TACHFINE

أخصائي في العلاج بالمواد الكيميائية  
 EMEND® 125 mg+ 80 mg  
 Boîte 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



1- TALIL Mohamed

1- Emend  
 872,00 XN

PHARMACIE ABOU ZAID  
 Rue 36, N° 4, Mess: 11, Bourgozel  
 CASABLANCA  
 Tél.: 0522 70 72 84 - Fax: 0522 71 00 79

PHARMACIE ABOU ZAID  
 Rue 36, N° 4, Mess: 11, Bourgozel  
 CASABLANCA  
 Tél.: 0522 70 72 84 - Fax: 0522 71 00 79

Wise, me 3-7  
 1116,00 XN  
 1988,00

NIVESTIM 300µg ME/MIO E 70,5ML  
 P.P.V.: 1116DH00  
 6 118001 171422



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) - CHIMIOETHERAPIE - CHIMIOETHERAPIE INTRA PERITONEALE (CHIP) - HOSPITALISATION

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

CASABLANCA, LE 13/06/2017

الدكتور سعيد تاشفين  
Docteur Said TACHFINE

اخصائي في العلاج بالمواد الكيميائية  
ONCOLOGUE MEDICAL

*Dr. TALIC Mohamed*

*1/ Solupred d 20 mg 20 cp  
2/ Clathec 10 mg 10 cp*

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P. 1  
Ain sebaa Casablanca  
Solupred 20 mg 20 cp  
P.P.V : 48,70 DH  
6 118000 060536

502060,000811 9  
Clathec 10 mg boîte de 10 comprimés

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

**PHARMACIE MIRABEL CASA**  
A. SAMKAOU, Docteur en Pharmacie - ULP (Strasbourg)  
- INPE : 092042829  
ICE : 001841239000017  
5, Rue des Fauvettes, 20410, Oasis - Casablanca  
Tel. : 0522.23.11.50 - Fax : 0522.23.26.45 - mirabel@msn.com

*Dr. TALIC Mohamed*  
Spécialiste en Oncologie Médicale  
INP : 0113150  
Centre Al Kindy - Casablanca

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

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