

# 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.

## Biologie 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.

## Educateur :

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 :

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.n.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° P19-0030597

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01603 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAOUD MOSTAFA

Date de naissance : 1949

Adresse : 400, Res. "Le Palmier" Rte D'El Jaddida - Casa

Tél. : 0664 158800 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/07/19

Nom et prénom du malade : CHATI SALMA Age :

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

Nature de la maladie : LAM

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 : 25 NOV 2019 Le : 26/07/2019

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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 26/07/19        |                   |                       | 3001                            | Dr. Saadia EL KHAN<br>Professeur Agrégée<br>Hématologie Oncologie<br>CLINIQUE AL MADINA<br>Tél: 05 22 77 40 à 49<br>Fax: 06 60 54 7 07 |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|--|------|-----------------------|

Pharmacie EL KHAN  
Hind EL KHAN  
Docteur en Pharmacie  
400, Route El Jadida  
CASABLANCA  
Tél: 022.98.86.97-Fax: 022.98.24.76

26/07/19 206,60

# 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

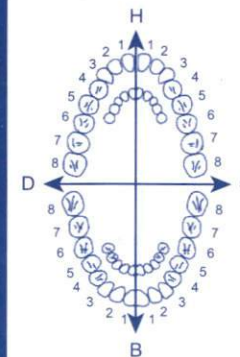
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

# 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        |          |

COEFFICIENT DES TRAVAUX

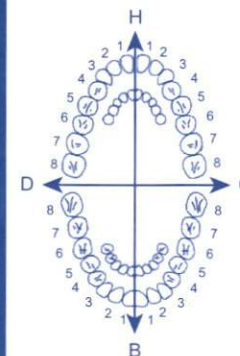
MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.  
Veuillez fournir une facture  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES  | Dents<br>Traitées   | Nature<br>des soins                               | Coefficient            |                                |          |          |          |          |   |  |            |          |          |          |  |                          |
|--|---|---|------------------------|--------------------------------|----------|----------|----------|----------|---|--|------------|----------|----------|----------|--|--------------------------|
|  |   |   |                        | <b>Coefficient des travaux</b> |          |          |          |          |   |  |            |          |          |          |  |                          |
|  |   |   |                        | <b>Montant des soins</b>       |          |          |          |          |   |  |            |          |          |          |  |                          |
|  |   |   |                        | <b>Début d'exécution</b>       |          |          |          |          |   |  |            |          |          |          |  |                          |
|  |   |   |                        | <b>Fin d'exécution</b>         |          |          |          |          |   |  |            |          |          |          |  |                          |
| <b>O.D.F.</b><br><b>Prothèses dentaires</b><br>  | Détermination du coefficient masticatoire   |   |                        | <b>Coefficient des travaux</b> |          |          |          |          |   |  |            |          |          |          |  |                          |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table> |   | H                      |                                | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | G |  | D 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 |  | <b>Montant des soins</b> |
|  | H   |   |                        |                                |          |          |          |          |   |  |            |          |          |          |  |                          |
|  | 25533412  | 21433552  |                        |                                |          |          |          |          |   |  |            |          |          |          |  |                          |
| 00000000   | 00000000  |   |                        |                                |          |          |          |          |   |  |            |          |          |          |  |                          |
| G  |   |   |                        |                                |          |          |          |          |   |  |            |          |          |          |  |                          |
| D 00000000   | 00000000  |   |                        |                                |          |          |          |          |   |  |            |          |          |          |  |                          |
| 35533411   | 11433553  |   |                        |                                |          |          |          |          |   |  |            |          |          |          |  |                          |
| (Création, Remont, adjonction)<br>Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession |   |   | <b>Date du devis</b>   |                                |          |          |          |          |   |  |            |          |          |          |  |                          |
|  |   |   | <b>Fin d'exécution</b> |                                |          |          |          |          |   |  |            |          |          |          |  |                          |
| Visa et cachet du praticien attestant le devis   |   | Visa et cachet du praticien attestant l'exécution |                        |                                |          |          |          |          |   |  |            |          |          |          |  |                          |

### VOLET ADHERENT

NOM :

Mle

DECLARATION N° **P 14 / 0039904**



Date de Dépôt Montant engagé Nbre de pièces Jointes

**Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois**

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle



**P 14 / 0039904**

DATE DE DEPOT

/ / 201

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle **1603**

Nom & Prénom **SADUJ MOSTAFA**

Fonction **Retraite** Phones **0664 75 8805**

Mail **mostasad@gmail.com**

### MEDECIN

Prénom du patient **CHATEL**

Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐ Age

Date **26/07/19**

Nature de la maladie

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

### PHARMACIE

Date **26/07/2019**

Montant de la facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre  
AM PC IM IV

Montant détaillé des Honoraires

**Dr. Saadia ZAFAD**

Professeur Agrégée  
Hématologie Clinique  
Adultes - Enfants  
Oncologie Pédiatrique  
Grefe de Moelle

الدكتورة السعدية زفاض

أستاذة مبرزة  
أمراض الدم  
البالغين و الأطفال  
سرطان الطفل  
زراعة النخاع

Casablanca, Le :

26 juillet 2019

Mme CHATI SALMA

1/ PURINETHOL 50 MG COMPRIME SECABLE

J1: 2 cp  
J2: 2cp et 1/2 x 1 mois

2/ ACFOL

69,83 cp le dimanche x 1 mois

3/ CATRIM FORT

1cp /j lundi mercredi vendredi x1 mois

4/ METHOTREXATE CP 2,5 MG

6 cp /sem x 4 sem

Bien agiter avant usage.  
Ne pas réfrigérer.  
Tenir hors de portée des enfants.  
Fabricant titulaire de licence au Royaume Uni:  
Reckitt Benckiser Healthcare (UK) Ltd, Hull, HU8 7DS.  
Gaviscon Advance, l'épée et le cercle sont des  
marques de commerce.  
Utiliser dans les 6 mois après ouverture.  
AMM No 104/14 DMP/21  
PPV: 48 DH 40



821481  
DOM: 08/2018  
08/2020

EXP

3042447

Centre d'Hématologie et Oncologie - Clinique Al

Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard (en face du Lycée le

Tél : 05 22.77.77.40 à 49 (LG) - Fax: 05 22.23.06.66 - E-mail : szafad@hotmail.com - CASABLANCA



12 (14)

**Méthotrexate  
Bellon®** 2,5 mg

méthotrexate

Prendre la dose prescrite  
une seule fois par  
semaine

Vole orale  
20 comprimés

SANOFI

*Médi. Casakh  
12/21/20  
cur  
Maroc*

**PURINETHOL 50 mg**  
Boîte de 25 comprimés Sécables  
PPV : 47,50 DH  
A.M.N°10 DMP/21/NRQ  
Distribué par SOTHEMA  
B.P.N°1,27182-Bouskoura

118001 140930

كابيتوبورين 50 ملغم  
لكل قرص قابل للكسر

**PURINETHOL 50 mg**  
Boîte de 25 comprimés Sécables  
PPV : 47,50 DH  
A.M.N°10 DMP/21/NRQ  
Distribué par SOTHEMA  
B.P.N°1,27182-Bouskoura

118001 140930

**Purinéthol® 50 mg**  
comprimé sécable

LOT: CT104M PER: 02/2021  
PPV: 62,80 DH