

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## aire :

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.

## die 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

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" RT 2 El Jadida - Resa

Tél. : 0664 1588 00 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Saadia ZAFAD**  
Professeur Agrégée  
Hématologie - Oncologie  
CLINIQUE AL MADINA  
Tél: 05 22 77 77 40 à 49  
Fax: 05 22 54 23 07

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 : L AM

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 : 26/07/2019 Le : 26/07/2019

Signature de l'adhérent(e) : SAOUD MOSTAFA

## RELEVE 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
26/07/15			3001	<p>D.R. Dr. Saadiya professeur Agrégée Hématologie / Oncologie CLINIQUE AL MADINA Tél: 05 22 77 74 40 à 49 Fax: 06 60 54 70 07</p> 

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie N° 0545 Hind LAKHMI Docteur en Pharmacie 400, Route d'El Jadida CASABLANCA T: 08.86.97-Fax: 022.88.24.76	26/07/19	206,20

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## RELEVE 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 canalaires, 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			Coefficient des travaux
	$  \begin{array}{r l}  H & 25533412 \quad 21433552 \\  \hline  00000000 & 00000000 \\  \hline  D & 00000000 \quad 00000000 \\  \hline  & 35533411 \quad 11433553 \\  B &   \end{array}  $			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

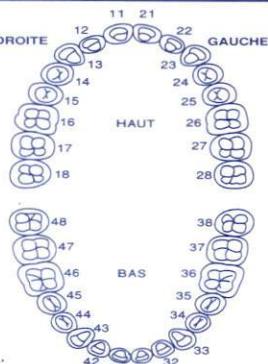
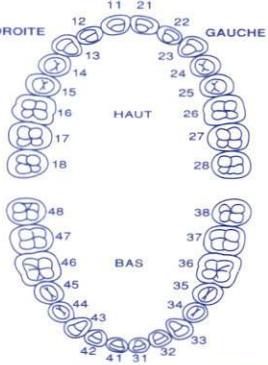
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

# SOINS ET PROTHESSES 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux																																																																
																																																																					
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire				Coefficient des travaux																																																															
		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33.33%;">DROITE</td> <td style="width: 33.33%;">H</td> <td style="width: 33.33%;">GAUCHE</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>13</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>14</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>15</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>16</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>17</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>18</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>19</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>20</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>21</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>22</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>23</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>24</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>26</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>27</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>28</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">HAUT</td> </tr> <tr> <td colspan="3">BAS</td> </tr> </table>				DROITE	H	GAUCHE	12	25533412	21433552	13	00000000	00000000	14	00000000	00000000	15	35533411	11433553	16			17			18			19			20			21			22			23			24			25			26			27			28			HAUT			BAS			<b>Montant des soins</b>  <b>Début d'exécution</b>  <b>Fin d'exécution</b>			
DROITE	H	GAUCHE																																																																			
12	25533412	21433552																																																																			
13	00000000	00000000																																																																			
14	00000000	00000000																																																																			
15	35533411	11433553																																																																			
16																																																																					
17																																																																					
18																																																																					
19																																																																					
20																																																																					
21																																																																					
22																																																																					
23																																																																					
24																																																																					
25																																																																					
26																																																																					
27																																																																					
28																																																																					
HAUT																																																																					
BAS																																																																					
<b>(Création, Remont, adjonction)</b> <b>Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</b>																																																																					
<b>Signature du praticien</b>  <b>Il est joint le devis</b>		<b>Visa et cachet du praticien</b>  <b>attestant l'exécution</b>																																																																			

VOLET ADHERENT	NOM :	Mme
DECLARATION N°		P 14 / 0039904
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme	1603
Nom & Prénom			
SAD. U. D. MOSTAFA			
Fonction	Retraite'	Phones	- 0664 758805 - 0664 31 3338
Mail	mostaoud@gmail.com		
MEDECIN		Prénom du patient	
Adhérent	<input type="checkbox"/>	Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/>
Enfant	<input type="checkbox"/>	Age	65
Nature de la maladie			
L A T			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C		CB	300,00
PHARMACIE		Date	26/07/2019
Montant de la facture		Pharmacie HAMOSA Hina LAKHMI Doctor 400, Route El Jadida CASA Tel: 05 22 77 77 00 Fax: 022 98 86 07	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	26/07/2019
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
CACHET			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
CACHET			

Dr. Saadia ZAFAD

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

الدكتورة السعدية زفاص

أستاذة مبرزة  
أمراض الدم  
البالغين والأطفال  
سرطان الطفل  
زراعة النخاع

Pharmacie MIMOSAS  
Hind AKHMIRI  
Docteur en Pharmacie  
400, Route d'El Jadida  
Tel: 022.98.86.97. Fax: 022.98.24.76

Casablanca, Le :

26 juillet 2019

Mme CHATI SALMA

*ex utis* 1/ PURINETHOL 50 MG COMPRIME SECABLE

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

2/ ACFOL

69,80 cp le dimanche x 1 mois

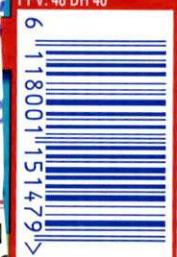
3/ BACTRIM FORT

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

BN  
3042447

Centre d'Hématologie et Oncologie - Clinique Al  
Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard (en face du Lycée le C)  
Tél : 05 22.77.77.40 à 49 (LG) - Fax: 05 22.23.06.66 - E-mail : szafad@hotmail.com - CASABLANCA

Méthotrexate  
Bellon®

2,5 mg

méthotrexate

Prendre la dose prescrite  
une seule fois par  
semaine

voie orale  
20 comprimés

SANOFI

Midi 2000  
1/2/2020  
au  
Mardi

**PURINETHOL 50 mg**  
Boîte de 25 comprimés Sécables  
PPV : 47,50 DH  
AMM N°10 DMP/21/NRQ  
Distribué par SOTHEMA  
B.P.N°1.27182-Bouskoura  
118001 140930

كابوتريپورين ..... 50 ملغم  
لكل فرصل قبل التكسر

**PURINETHOL 50 mg**  
Boîte de 25 comprimés Sécables  
PPV : 47,50 DH  
AMM 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