

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-785770

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12714 Société : Royal Air Maroc
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ABOULKHATTAB Soufiane
 Date de naissance : 06/01/1986
 Adresse : Résidence Louise 2 D.201 Bd du grand théâtre Casablanca
 Tél. : 0679161044 Total des frais engagés : 380,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 03/10/2023
 Nom et prénom du malade : Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Vaccin
 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 : 27/10/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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

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
			3000	INP

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
03/02/2023	03/02/2023	19,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																					
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td></tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Dr. Salwa CHAFAÏ

Professeur de Pédiatrie

Spécialiste des maladies du Nouveau-Né
du Nourrisson et de l'Enfant
Diplômée en Hépatologie, Gastroentérologie,
Nutrition, Endoscopie Digestive
et Proctologie Pédiatriques
de l'Université Paris VII
Ex. Enseignante à la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca

الدكتورة سلوى الشافعي

أستاذة في طب الأطفال

إختصاصية في أمراض الرضيع و الطفل
مجازة في أمراض الكبد. الجهاز الهضمي و التغذية
و في التشخيص بالمنظار الداخلي
بجامعة باريس VII
أستاذة سابقة بكلية الطب و الصيدلة
بالدار البيضاء

Casablanca, le

03/02/2023

Enfant **Anis ABOULKHATIE**

Age : 8 jours

Poids : 2,820 Kg

19,50

UVEDOSE 100000 UI

1 ampoule 1 fois le soir



61,2ml

VACCIN BCG SSI Poudre Pour Suspension Injectable Bte 1 Flacon

PHARMACIE GHAFIRI
Angle Bd Terrains de Sport,
Rue Abourrouss Femme Brelonne
Casablanca - Tél: 05 22 25 06 45

Maphar
Bd Alkhima N° 6 Cl.
Sidi Berrouj Casablanca
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
P.P.V. : 19.50 DH
113001 195030



76, شارع عبد المومن - إقامة كتيبة - الدار البيضاء - الهاتف : 0808 37 52 90 / 05 22 23 88 60

الفاكس : 05 22 23 88 61 - المحمول : 06 61 15 36 77 - البريد الإلكتروني : salwa.chafai@gmail.com

Boulevard Abdelmoumen - Résidence Koutoubia - Casablanca - Tél.: 05 22 23 88 60 / 0808 37 52 90

Fax : 05 22 23 88 61 - Gsm : 06 61 15 36 77 - Email : salwa.chafai@gmail.com

Dr. Salwa CHAFAÏ

Professeur de Pédiatrie

Spécialiste des maladies du Nouveau-Né
du Nourrisson et de l'Enfant
Diplômée en Hépatologie, Gastroentérologie,
Nutrition, Endoscopie Digestive
et Proctologie Pédiatriques
de l'Université Paris VII
Ex. Enseignante à la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca

الدكتورة سلوى الشافعي

أستاذة في طب الأطفال

إختصاصية في أمراض الرضيع و الطفل
مجازة في أمراض الكبد. الجهاز الهضمي و التغذية
و في التشخيص بالمنظار الداخلي
بجامعة باريس VII
أستاذة سابقة بكلية الطب و الصيدلة
بالدار البيضاء

Casablanca, le

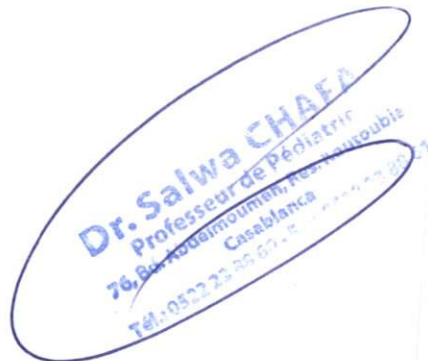
03/02/2023

NOTE D'HONORAIRE

reçu la somme de : **300 DH**

pour la consultation et vaccination de l'enfant:

ABOULKHATIB ANIS





Sii

1 ml

VACCIN BCG

(Lyophilisé)

(0,05 ml - 20 doses / 0,1 ml - 10 doses)



NOM DE FABR.: 10

DILUANT

LOT: 0371G059

0700S4023

EXP.: MAY 2023

NOV. 2024

20007845/4