

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

N° W21-785766

151836

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12714 Société : Royal Air Maroc
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ABULKHATIB Soufiane
 Date de naissance : 06/02/1986
 Adresse : Résidence Louise 2 D201 Bd du grand Théâtre Casablanca
 Tél. : 0679161064 Total des frais engagés : 856,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

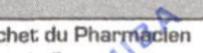
Cachet du médecin : Dr. Salwa CHAFAÏ, Professeur de Pédiatrie, 76, Bd. Abdelmoumen, Rés. Koutoubia Casablanca
 Date de consultation : 28/01/2023
 Nom et prénom du malade : Anis
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : A.S. Née à la clinique
 En cas d'accident préciser 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 : 27/02/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/01/23	256,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

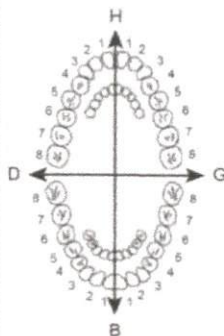
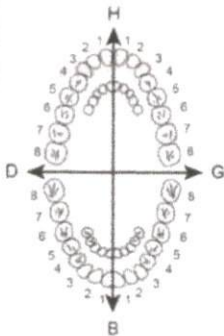
[illegible]

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	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 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>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	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

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

28/01/23

Bébé

Abou Phatib

26,40



1) TOBREX Collyre à 0,3% Flacon 50 ML

Prendre 2 gouttes le matin, et le Soir, pendant 6 jours

89,50

2) IRRISEPT Spray

1 application le matin et le soir, pendant 10 jours sur le cordon

15,20

3) COMPRESSES STERILES

124,5

4) KONAKION MM PAEDIATRIC Solution Buvable Et Injectable à 2 mg Bte

1 ampoule à 1 semaine et 1 ampoule à 1 mois

256,00

5) IRRICREME

après Chaque Change

6) BCG (VACCIN)

à faire le

03/02/23

7/ Pré Nour : en complément du lait
maternel

Dr. Salwa CHAFAÏ
Professeur de Pédiatrie
76, Bd. Abdelmoumen, Rés. Koutoubia
Casablanca
Tél: 0522 23 88 60 - Fax: 0522 23 88 61

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

TOBREX® 0,3 %
COLLYRE EN SOLUTION
Tobramycine
Flacon de 5 ml

توبريكس® 0,3 %
قطرات للعين على شكل محلول
توبراميسين
قارورة من سعة 5 مل

TOBREX® 0,3 %
Collym, flacon de 5 ml
AMM N° 30 DMP/21/NC1

6 118000 020417

Lot : IR21/22
Per.: 12/2024
PPC.: 89,90 DH

6 111255 590438

REF U6020MB

2022-05 1SU22-11 2027-05 544

6 118002 100018

U020 / V11

D.m.a: 08/2020

GTIN
EXP
Lot
MFD
SN

(01) 04260095681805

03 2025

F3115F01

03 2022

H9MKK33WUQE2L8



BOTTU SA
PPV: 124 DH 00

