

## 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.

### Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com  
 O Prise en charge : pec@mupras.com  
 O 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.

N° W21-785766

151836

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12714

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ABOULKHATIB Soufiane

Date de naissance : 06/01/1986

Adresse : Résidence Louise 1 D201 Bd du grand théâtre

Canalcan.ca

Tél. : 0679161044

Total des frais engagés : 856,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Salwa CHAFAI  
Professeur de Pédiatrie  
76, Bd. Abdeimoumen, Rés. Kouroubia  
Casablanca  
Tél. 0322 22 50 60 - Fax: 0522 23 88 61

Cachet du médecin :

Dr. Salwa CHAFAI  
Date de consultation : 27/01/2023  
76, Bd. Abdeimoumen, Rés. Koutoubia

Nom et prénom du malade : Anis  
Tél. 0322 22 50 60 - Fax: 0522 23 88 61

Lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie : Aéri Noire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, copier et coller 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) :

(Signature)

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr. Ahmad CHA RAha RA is 894 22 98 29 34 Casa</i>	28/07/23	256.00

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ]
				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	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	D	00000000 00000000 35533411 11433553	B	MONTANTS DES SOINS [ ]
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS [ ]
				DATE DE L'EXECUTION [ ]

# Dr. Salwa CHAFAI

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

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

Casablanca, le .....

28/01/23

Bébé

26,40

Abdelkhatib

S.V

## 1) TOBREX Collyre à 0,3% Flacon 50 ML

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

85,50

## 2) IRRISEPT Spray

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

15,20

S.V

S.V

S.I.

## 3) COMPRESSES STERILES

124,50

## 4) KONAKION MM PAEDIATRIC Solution Buvable Et Injectabile 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

23/02/23

↑ Pré Nan : en complément du lait  
metronidazole

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



111255 590438



**BOTTU SA**  
**PPV: 124 DH 00**

