

## 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 rééducation.
- 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

- Reclamation : 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°D: N° W21-612874

74920

PA

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12790 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : SOUFIANE HANANE

Date de naissance : 18-06-1987

Adresse : Villa 88 Pot Smpam I, El Jajida

Tél. : 06-61-12-13-50 Total des frais engagés : 577,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21 AVR. 2021

Nom et prénom du malade : B. A. H. M.

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 : Casa Blanca

Le : 22/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-612874

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 12790

Nom de l'adhérent(e) : SOUFIANE

Total des frais engagés : 577,20

Date de dépôt : 22-04-2021

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL MAHABBA Dr. NORANE ABOUZEID 43 Lot. El Salam 1 Tél: +212 523 343 077 / El Jadida	21.04.21	377.20

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

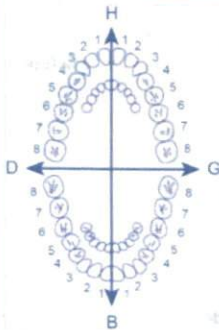
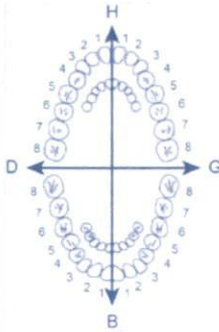
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412   21433552            00000000   00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>            00000000   00000000            35533411   11433553  <b>B</b> </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>            Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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

# Docteur DOUERRACHAD Chafik

## Spécialiste en Pédiatrie

Ex. Pédiatre de l'Hôpital d'Enfants  
au C.H.U. de Casablanca

Ex. Chef de service de Pédiatrie  
à l'Hôpital Mohamed V à El Jadida

Diplômé en Pédiatrie Préventive et Puericulture  
de la Faculté de Médecine de Nancy

Diplômé en Médecine de Sport  
de l'Université de RENNES

# الدكتور دة الرشاد شفيق

اختصاصي في أمراض الرضيع والطفل

طبيب سابقا بمستشفى الأطفال بالمركز

الصحي الجامعي ابن رشد

رئيس قسم طب الأطفال سابقا بمستشفى

محمد الخامس بالجديدة

حائز على دبلوم كلية الطب بنانسي

دبلوم جامعة رينس للطب الرياضي

El Jadida, le : 21 AVR. 2021

Byron

Ilyans

70.60 x 2

1/ Augmentin  $\text{gr } C = N = 2$

1 dose x 3

17.00

2/ Algrofene  $\text{gr}$

1 dose x 3

219.00

3/ Axa  $\text{cm}$

277.20

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
AvaXim 80 inj b1 ser 0.6 ml  
PPV : 219.00 DH  
6 118001 281356

Dr. DOUERRACHAD Chafik  
Spécialiste en Pédiatrie  
60 Bd. Mohamed V - El Jadida  
Tél.: 05 23 35 24 10

El Jadida, le

21 AVR. 2021

**NOTE D'HONORAIRES**

Je me permets de vous présenter ma note d'honoraires  
pour la consultation : C2

du Bébé - Enfant : Brymn Ilyana

Dont le Montant est de : 20700 DH

le : 21 AVR. 2021 / 200

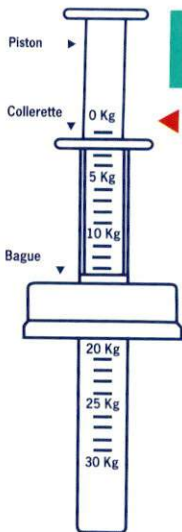
Dr. DOUERRACHAD Chafik  
Spécialiste en Pédiatrie  
60 Bd. Mohamed V - El Jadida  
Tél.: 05 23 35 24 10



AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

# AUGMENTIN

100mg/12,50mg/1ml



## enfant

1 dose-graduation n° .....

3 fois/jour, à prendre de  
préférence au début des repas,  
pendant ..... jours.

جرعة رقم 3.... مرات في اليوم، من الأفضل  
قبل الأكل، مدة.... يوم

PPV: 70,60 DH  
LOT: 644340  
PER: 12/2021

Liste I. Uniquement sur ordonnance

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

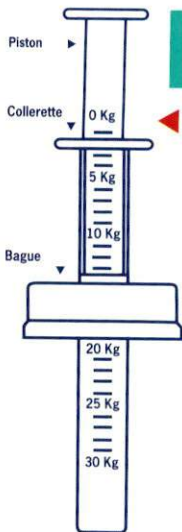
GlaxoSmithKline Maroc, Ain El Aouda, Région de Rabat.

Information médicale : GlaxoSmithKline Maroc, 42-44 Angle Bd Rachidi et  
Rue Abou Hamed Al Ghazali, Casablanca 20.000

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

# AUGMENTIN

100mg/12,50mg/1ml



## enfant

1 dose-graduation n° .....

3 fois/jour, à prendre de  
préférence au début des repas,  
pendant ..... jours.

جرعة رقم 3.... مرات في اليوم، من الأفضل  
قبل الأكل، مدة.... يوم

PPV: 70,60 DH  
LOT: 644340  
PER: 12/2021

Liste I. Uniquement sur ordonnance

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

GlaxoSmithKline Maroc, Ain El Aouda, Région de Rabat.

Information médicale : GlaxoSmithKline Maroc, 42-44 Angle Bd Rachidi et  
Rue Abou Hamed Al Ghazali, Casablanca 20.000

150 ml

Suspension buvable

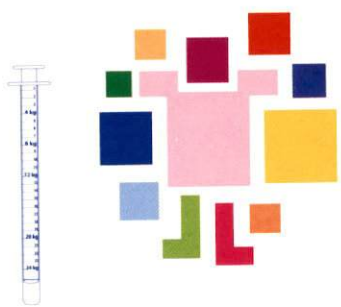
**Algofène**  
ibuprofène  
20 mg/ml

LOT : 1682  
PER : 06-23  
P.P.V : 17 DH 00

**Algofène**  
ibuprofène

20 mg/ml

Enfants et nourrissons



**Douleurs - Fièvre - Inflammation**

Flacon de **150 ml**  
Suspension buvable  
Voie orale

LABORATOIRES  
**PHARMA 5**  
ص. خ. ب. 5