

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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



Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)      Matricule : 12730      Société : RAM

Actif       Pensionné(e)       Autre :

Nom & Prénom : SOUFIANE HANANE

Date de naissance : 18-06-1987

Adresse : Villa 88 Port Sopam I, EP 30532

Tél. : 06-61-12-18-50      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. My Ram

Lien de parenté :

Nature de la maladie : DR. DOUERRACHAD chafik

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

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



### VOLET ADHÉRENT

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 : 12730  
Nom de l'adhérent(e) : SOUFIANE  
Total des frais engagés : 577,20  
Date de dépôt : 22-04-2021

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
21.04.21	C	2	200.00	INP : [REDACTED] Dr. DOURZACHAD CHAIB Spécialiste en Pédiatrie El Jadida 2523343077

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL MAHABBA Dr. NORANE ABOUZEID 431, 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 Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

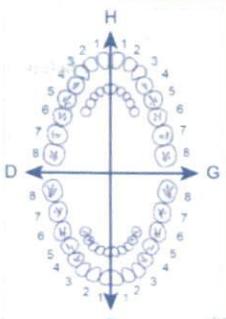
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
				FIN D'EXECUTION [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DATE DU DEVIS [REDACTED]
				DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**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 دو الرشاد شفيق

اختصاصي في أمراض الرضيع والطفل

طبيب سابق بمستشفى الأطفال بالمركز

الصحي الجامعي ابن رشد

رئيس قسم طب الأطفال سابق بمستشفى  
محمد الخامس بالجديدة

حائز على دبلوم كلية الطب بنانسي  
دبلوم جامعة رينس للطب الرياضي

El Jadida, le : 21 AVR. 2021

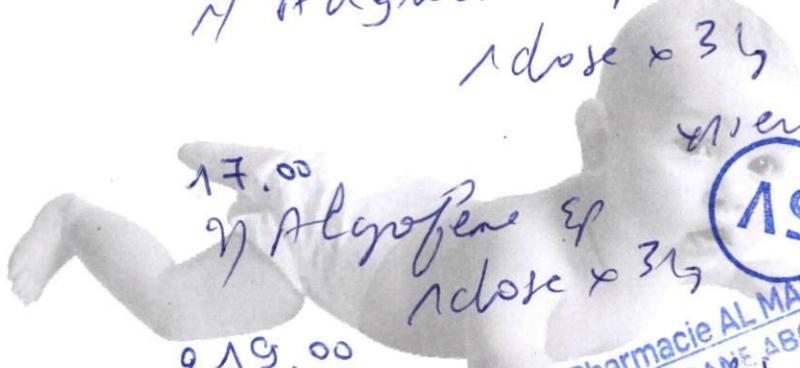
Baby Rom

Ilyans

70.60 x 2

ن augmentation c = N = 2

1 dose x 36



AS

Pharmacie AL MAHABBA

Dr. NORAH ABOUEZID

1300 Al Salam 1

Tél: +212 523 343 077 / El Jadida

AS

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

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1  
Ain seba Casablanca  
Avaxim 80 Inj b1 ser 0.6 ml  
PPV : 219.00 DH  
Barcode: 8 118001 081356  
EAN: 8 118001 081356

277.20

60. شارع محمد الخامس - الطابق الأول - الجديدة - الجديدة  
(en cas d'urgence) GSM : 06 66 02 25 67 - Tél. : 05 23 35 24 10  
الهاتف :

El Jadida, le

21 AVR. 2021

## NOTE D'HONORAIRES

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

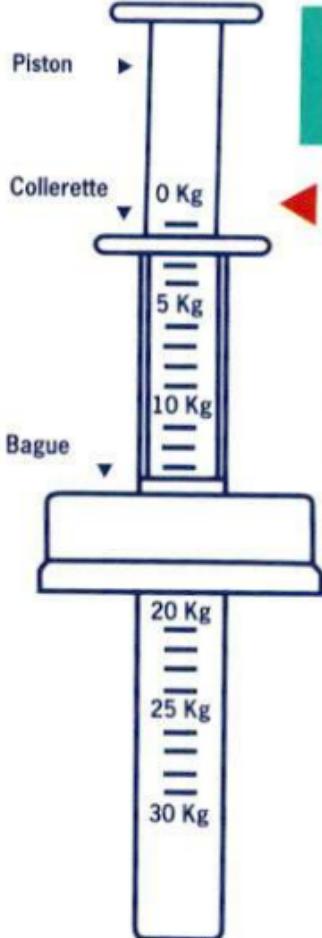
du Bébé - Enfant : Baby RM Elyana

Dont le Montant est de : 207.00 DH

le : 21 AVR. 2021

Dr. DOUERRACHAD Chafik  
Spécialiste en Pédiatrie  
60 Bd. Mehalla El Jadida  
Tél.: 023 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

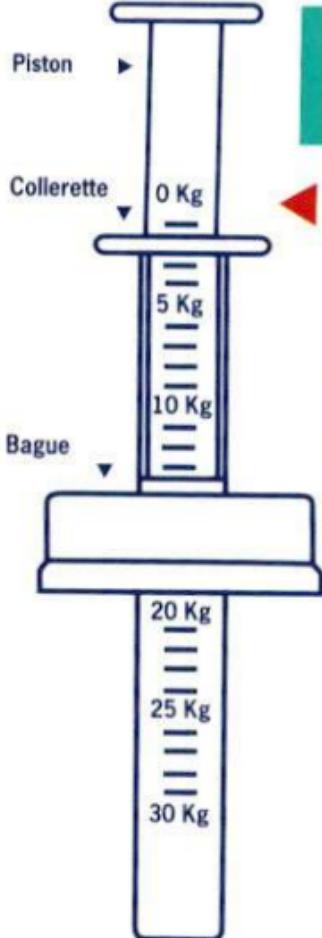
**Liste I. Uniquement sur ordonnance**

**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

20 mg/ml

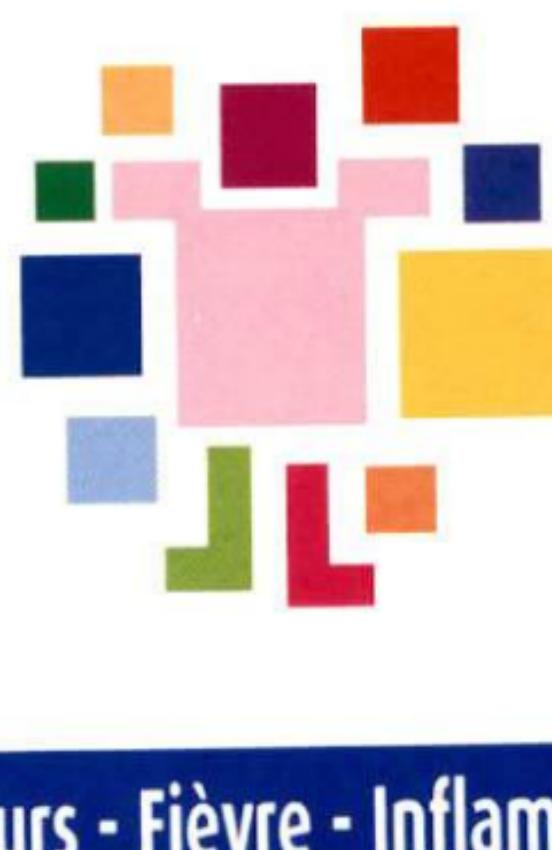
Algofene® Ibuprofène

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

# Algofene® Ibuprofène

20 mg/ml

Enfants et nourrissons



Douleurs - Fièvre - Inflammation

Flacon de 150 ml  
Suspension buvable  
Voie orale

LABORATOIRES PHARMA 5  
الدواء للأطفال