

## 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

- 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W21-675293

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 123 24 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Hamdan EL Nohdi

Date de naissance : 14 Mars 1986

Adresse : 201, Bd de la Résistance appart 7 3ème étage Casablanca

Tél. : 0663621581 Total des frais payés : 787,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. SALWA CHAFI, Professeur de Pédiatrie, Hôpital Mohammed VI, Casablanca

Date de consultation : 16/12/21

Nom et prénom du malade : Hamdan EL Nohdi

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Amputante d'une cécité

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 : 16 / 12 / 2021

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



# 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
16/12/21		7	600,00	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/12/21	187,90

## 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
		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 border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </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																
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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 16/12/21

Bébé EL HAMDI DOUNE

26,40

1) TOBREX Collyre à 0,3% Flacon 50 ML

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

2) IRRISEPT Spray

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

12,00

3) COMPRESSES STÉRILES

74,00

4) KONAKION MM PAEDIATRIC Solution Buvable Et Ir

1 ampoule à 1 semaine et 1 ampoule à 1 mois

65,50

5) IRRICREME

après Chaque Change

187,90

6) BCG (VACCIN)

à faire le

24/12/21

7/ Nachdiz

N°lot : 01171023.

Prix : 65.50

Per : 10/23



BOTTU SA  
PPV : 84 DH 00

Dr. Salwa CHAFAÏ  
Professeur de Pédiatrie  
76, Boulevard Abdelmoumen Rés. Koutoubia  
CASABLANCA  
Tél : 05 22 23 88 60 - Fax : 05 22 23 88 61  
Tél : 06 61 15 36 77 - Email : salwa.chafai@gmail.com

76, شارع عبد المومن - إقامة الحنية - الدار البيضاء - الهاتف : 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