

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.

| | | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : 123 24 | Société : RAM | | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | Hammoud EL Naimi |
| Nom & Prénom : Hammoud EL Naimi | | | |
| Date de naissance : 14 Juin 1986 | | | |
| Adresse : 201, Bd de l'Resistance appartement 7 étage 3ème | | | |
| Tél. : 0663621581 Total des frais : INP : 05 22 23 34 47 | | | |
| INP : 05 22 23 34 47 | | | |
| CE : 05 22 23 34 47 | | | |
| CASABLANCA : 05 22 23 34 47 | | | |
| Professionnel : DR. SALWA CHAFAI | | | |
| Prénom : DR. SALWA CHAFAI | | | |
| Nom : CHAFAI | | | |
| Date de naissance : 16/12/91 | | | |
| Age : 29 | | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même | | | |
| <input type="checkbox"/> Conjoint | | | |
| Nature de la maladie : Amitante d'une césarienne | | | |
| 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) : 

Le : **16/12/2021**

| RELEVE 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 | C (C) | | 600,00 | DR. SAWA CHAFI EXECUTION DES ORDONNANCES |
| | | | | DR. SAWA CHAFI EXECUTION DES ORDONNANCES |
| | | | | DR. SAWA CHAFI EXECUTION DES ORDONNANCES |
| | | | | DR. SAWA CHAFI EXECUTION DES ORDONNANCES |
| EXECUTION DES ORDONNANCES | | | | |
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture | | |
| | 16/12/21 | 187,90 | | |
| | | | | |
| | | | | |
| ANALYSES - RADIGRAPHIES | | | | |
| 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 |
| | | A M | P C | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| 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 : <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. PROTHÉSES DENTAIRES DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE $\begin{array}{r} H \\ \hline D & 25533412 & 21433552 \\ & 00000000 & 00000000 \\ & 00000000 & 00000000 \\ & 35533411 & 11433553 \\ B & \end{array}$ <p>(Création, remont, adjonction) 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 | | | | | | |

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

محاربة 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

16/12/21

Bébé EL HAMIDOUNE

26/4/20

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

12/20
3) COMPRESSES STERILES

24/12/20
4) KONAKION MM PAEDIATRIC Solution Buvable Et In

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) Nachdie 1^{er} j. au besoin

N°lot : 01171023.

Prix : 65.50

Per : 10/23



BOTTU SA
PPV : 84 DH 00

Dr. Salwa CHAFAI
Professeur de Pédiatrie
Rés. Koutoubia
76, Bd Al Massira - Casablanca
Tél. : 05 22 23 88 61 - Fax : 05 22 23 88 61
05 22 23 88 61 - 06 61 15 36 77 - 06 61 15 36 77 -
fax : 05 22 23 88 61 - 06 61 15 36 77 - Email : salwa.chafai@gmail.com

76, شارع عبد المؤمن - إقليم الجديدة - الدار البيضاء - المغرب
الفاكس : 05 22 23 88 61 - المحمول : 05 22 23 88 61 - البريد الإلكتروني : salwa.chafai@gmail.com
Boulevard Abdelloumen - 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