

## 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-781682

AS4904

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12563

Société : PAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Housam ESSAÏD

Date de naissance : 27/04/87

Adresse : Riss Al Andalous, N° 3, Rue 58, Agadir  
20 Itay Ward, PAN

Tél. : 06 28 6907 01

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Salwa CHAFAI  
Professeur de Pédiatrie  
76, Bd. Abdelloumen, Rés. Koutoubia  
Casablanca  
05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/03/2023

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

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.

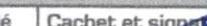
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

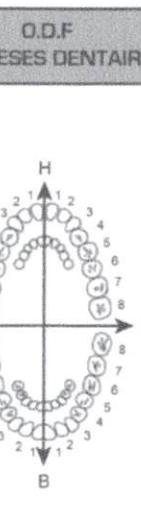
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
02/03/2013	C3		3000 Dh	 Dr. Salma J. B. Abdalmoumen Professeur CASABLANCA Tél: 02106039000093 Fax: 0522238860 E-mail: 091034447
			76.00	
			22.23.88.60	
			22.23.88.60	
			091034447	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Prénom du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE AHMED AII</b> Dr. A. A. AII SARL AOUJAIL Sidi Maârouf - Casablanca Tél. / fax : 05 22 91 11 11 GSM : 06 61 61 61 61	20/03/23	105,30

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	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.								
<b>Important :</b> 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  H 25533412   21433552 00000000   00000000 D ————— G 00000000   00000000 35533411   11433553 B	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"/>				
				<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

**Dr. Salwa CHAFAI**

Professeur de Pédiatrie

Spécialiste en Hépatologie,  
Gastroentérologie, Nutrition et  
Endoscopie Digestive Pédiatriques  
Lauréate de la faculté de médecine  
De Casablanca et de l'université Paris V

الدكتورة سلوى الشافعي

أستاذة في طب الأطفال

اختصاصية في أمراض الكبد، الجهاز الهضمي  
التغذية والتشخيص بالمنظار  
الداخلي عند الطفل  
خريجة كلية الطب بالبيضاء  
وجامعة باريس 7

Casablanca, Le .....

20/03/2023

fant Lilya ESSATTÉ

Age : 2 mois et 17 jours Poids : 5,530 Kg

8910°

TERIMAR

Faire 1 pulvérisation le matin, à midi, à 16h et le soir, pendant 6 jours

DOLI PEDIATRIQUE Solution Buvable à 3 % Flacon 90 ml

kilo dose 4 fois par jour si T° >38° ou douleurs

16130

SOUFRANE NEBULISEUR NASALE 20ML

Faire 1 pulvérisation le matin, à midi, à 16h et le soir, pendant 6 jours

PHARMACIE AHMED ALLI  
SARL  
Bouabouf - Casablanca  
Tél: 0522 973768  
Fax: 0561 605488  
GSM: 0661 329188

Nadège la ch.

F = 105.30

56، شارع عبد الرحيم بو عبيد، زاوية زنقة إينيس، قصاء مكاتب الوزاريين. الطابق الخامس. الدار البيضاء  
56, Bd Abderrahim Bouabid, Angle rue Ibis – Espace Bureaux Oasis – 5ème étage – Casablanca

المحمول 77 15 36 77 – الهاتف 60 Gsm : 0661 15 36 77

البريد الإلكتروني : [salwa.chafai@gmail.com](mailto:salwa.chafai@gmail.com)

Dr. Salwa CHAFAI  
Professeur de Pédiatrie  
76, Bd. Abdelloumien, Rés. Koutoubia  
Casablanca

