

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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.

Nº W21-807383

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12320

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0662041321

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Salwa CHAFAI  
Professeur de Pédiatrie  
76, Bd. Abdalmoumen, Rés. Koutoubia  
Casablanca  
Tél. : 0522 23 88 60 - Fax : 0522 23 88 61

Date de consultation :

20/07/2023

Nom et prénom du mâle :

EL AOUNI HACHEM

Age: 5 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Vallin

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

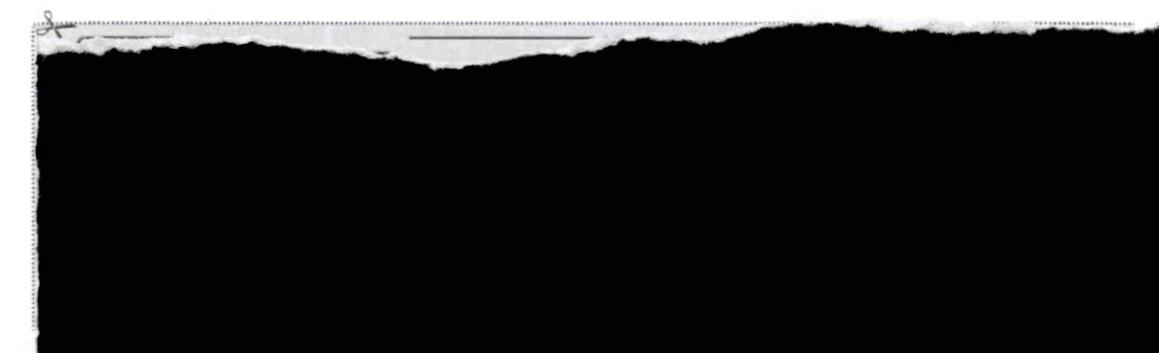
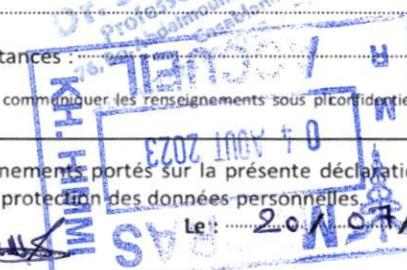
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 20/07/2023

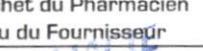
Signature de l'adhérent(e) :



## **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
20/07/23		3	300.00	<p style="text-align: right;">INP : 11111111111111111111111111111111</p> <p style="text-align: right;">Dr. S. SAIWA Praticien de la famille Abdelmoumen Rés. Koutoubia Casablanca Tél. 06-441034447 Fax. 06-22238861</p>

## ~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	<i>Ten</i> Montant de la Facture
	20/07/23	332dh.
	20/07/23	75,-

#### **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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **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"/>												
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS												
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION												
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS												
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION												

**Dr. Salwa CHAFAI**

Professeur de Pédiatrie

Spécialiste en Hépatologie,  
Gastro-entérologie, 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 و التخسيص بالمنظار  
الداخلي عند الطفل  
خريجة كلية الطب بالبيضاء  
و جامعة باريس V

Casablanca, le .....

20/07/2023

*infant Hachem EL AOUNI*

Age : 5 ans et 1 mois

Poids : 18,000 Kg

332DH  
ADACEL POLIO



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
ADACEL POLIO SUSP INJ  
B1 SER  
P.P.V : 332,00 DH  
  
5 118001 082162

Natalie : 75 جم  
1 fois deux cheveux heurt le mur + 3m)



صيدلية العطية ( PHARMACIE GREENTOWN  
Dr. Maria AZENNAR  
Casa Green Town Ville verte  
Commercial

76 Bd Abdellah Bouabid Casablanca  
Tél : 05 22 23 88 60 - GSM : 06 61 15 36 77  
E-mail : salwa.chafai@gmail.com

LOT: GA20262  
PER: 03/2024  
PPV: 75 DH 00

Cipla  
Etiquette

56، شارع عبد الرحيم بو عبيد، زاوية زنقة إيبليس - فضاء مكاتب الوازيس - الطابق الخامس - الدار البيضاء  
56, Bd Abderrahim Bouabid, Angle rue Ibis - Espace Bureaux Oasis - 5<sup>ème</sup> étage - Casablanca

الهاتف : 05 22 23 88 60 - المحمول : 05 22 23 88 60

البريد الإلكتروني : salwa.chafai@gmail.com