

## 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.

N° W21-781588

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12568

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Husam Ezzate

Date de naissance :

27/04/87

Adresse :

Reed Al Andalous , Dara 59 Terre 10

Tél. :

06 28 49 07 51

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

19/08/2023

Nom et prénom du malade :

Lilya Ezzate

Age: 75 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 :

de l'adhérent(e) :

Le : / /

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
18/08/23	C	3	300dh	Dr. SAWALY 70, Avenue de l'Indépendance Casablanca BP 22-23860 - Casablanca TÉL : 002106039001093 M.T.P : 001034447

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.																
<p>DENTAL ARCHES DIAGRAM</p>	<p>Dents Traitées</p> <p>Nature des Soins</p> <p>Coefficient</p> <p>INP : <input type="text"/></p>	CŒFFICIENT DES TRAVAUX														
		<input type="text"/>														
		<input type="text"/>														
		<input type="text"/>														
		<input type="text"/>														
		<input type="text"/>														
		<input type="text"/>														
		<input type="text"/>														
		<input type="text"/>														
		<input type="text"/>														
<p>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</p> <p>DENTAL ARCHES DIAGRAM</p>	<p>DEBUT D'EXÉCUTION</p> <p>FIN D'EXÉCUTION</p> <p>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXÉCUTION</p>	MONTANTS DES SOINS														
		<input type="text"/>														
		<input type="text"/>														
		<input type="text"/>														
		<input type="text"/>														
		<input type="text"/>														
		<input type="text"/>														
		<input type="text"/>														
		<input type="text"/>														
		<input type="text"/>														
<p><b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</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	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														

**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 التشخيص بالمنظار  
الداخلي عند الطفل  
خريجة كلية الطب بالبيضاء  
جامعة باريس V

Casablanca, le .....

19/08/2023

*nfant Lilya ESSATTÉ*

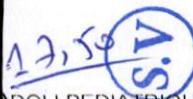
Age : 7 mois et 16 jours Poids : 7,700 Kg



16,30

SOUFRANE NEBULISEUR NASALE 20ML

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



DOLI PEDIATRIQUE Solution Buvable à 3% Flacon 90 ml

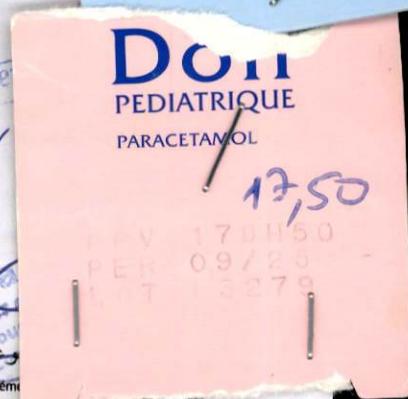
kilo dose 4 fois par jour



STERIMAR NEZ BOUCHE

1 pulvérisation le matin et le soir, pendant 6 jours

T = 12h



)STERIMAR

Faire 1 pulvérisation à 10h, à 16h et au coucher, pendant 6 jours

عبد، زاوية زنقة إيبليس - فضاء مكاتب الوزايس - الطابق الخامس - الدار البيضاء

56, Bd Abderrahim Bouabid, Angle rue Ibis - Espace Bureaux Oasis - 5<sup>ème</sup>

الهاتف : 05 22 23 88 60 - GSM : 06 61 15 36 77 - المحمول : 05 22 23 88 60

E-mail : salwa.chafai@gmail.com