

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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 Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-781574

17776

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12568 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ES SATTE HOUSSAM  
 Date de naissance : 27/04/87  
 Adresse : RIAD AL ANDALOUSSE MARBELLA 3 11059  
 APT 20 WAY RIAD RABAT  
 Tél. : 0678490701 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/05/2023  
 Nom et prénom du malade : ES SATTE LILYA Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : Physiologique  
 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 fournis sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le :

Signature de l'adhérent(e) :

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
15/09/23		9	3000h	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15-09-23	76,50

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 : Veuillez 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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>			H	H				25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B
	H	H																		
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D	G																		
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B	B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	
ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																	

**Dr. Salwa CHAFAÏ**

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

و جامعة باريس V

Casablanca, le 15/09/2023

Enfant Lilya ESSATTÉ Poids : 8,400 Kg Age : 8 mois et 12 jours

1) **STERIMAR**

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

40,00

2) **MAXILASE SP 1 FL 125 M.**

Prendre 1 dose le matin, à midi et le soir, pendant 6 jours

17,50

3) **DOLI PEDIATRIQUE Solution Buvable à 3 % Flacon 90 MI**

kilo dose 4 fois par jour si T° > 38°

79,00

4) **NURODOL 20MG/200ML SIROP**

Prendre 1 dose le matin, à midi et le soir au besoin

76,50

**PHARMACIE DALA**  
24, Bis, des Vannes  
Oasis - Casablanca

**Dr. Salwa CHAFAÏ**  
Professeur de Pédiatrie  
76, Bd. Abderrahmane, Rés. Koutoubia  
Casablanca

56, شارع عبد الرحيم بوعبيد، 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 - GSM : 06 61 15 36 77 - المحمول : 05 22 23 88 60

البريد الإلكتروني : E-mail : salwa.chafai@gmail.com

**Nurodol**  
enfants & nourrissons

Flacon 200ml



6 118000 180713

19,00

بيوميلاز

200 U.CEIP/ml

40,00

**Doli**  
Pédiatrique  
Paracétamol

17,50

PPV 17DH50  
PER 05/26  
LOT M1632

BIOMYLASE® 200 U.CEIP/ml  
Sirop 125 ml



6 118000 120742

**Doli** Pédiatrique

Paracétamol 3%  
SOLUTION BUvable 90 ml



6 118000 040965