

## **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 de 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

A 77176

### 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 (MMS9)  
APT 20 HAY RIAD RABAT

Tél. : 0678490701

Total des frais engagés : 1000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/09/2023

Nom et prénom du malade : ES SATTE LILYA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Enfant

Nature de la maladie :

Physique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous n°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° : AA-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
15/01/25		3	200,00	 Dr. Abdellah BOUABID Professeur de CASABLANCA TEL : 06 22 23 88 60 - 05 24 50 00 23 ICE : 00210655500023 INT : 001034447

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D'ALAIN 24, Bis, des Vanneaux Oasis - Casablanca Tél. 04 49 00 77 77	15-09-23	76,50

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.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
	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"/>												
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 																
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">25533412</td> <td style="padding: 0 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="padding: 0 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="padding: 0 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">35533411</td> <td style="padding: 0 5px;">11433553</td> </tr> </table> <b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
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"/>												
ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT 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 التشخيص بالمنظار

الداخلي عند الطفل

خريجة كلية الطب بالبيضاء

و جامعة باريس V

Casablanca, le 15/09/2023

**Enfant Lilya ESSATTE** Poids : 8,100 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 Ml**

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°

19,00

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

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

76,50



**Dr. Salwa CHAFAI**  
Professeur de Pédiatrie  
76, Bd. Abderrahim Bouabid, Angle rue Ibis - Espace Bureaux Oasis - 5<sup>ème</sup> étage - Casablanca

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

56، شارع عبد الرحيم بو عبيد، زاوية زنقة إيبيس - 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

البريد الإلكتروني : salwa.chafai@gmail.com



19,00



40,00

