

## 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

- 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 de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

M22- N° 004238

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07652 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAKIL MOHAMED

Date de naissance : 02-01-1961

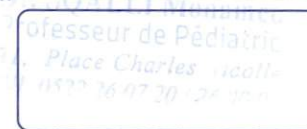
Adresse : Rue Amina Bent elah. Bld. Sultan

Apt. 2. quartier racine Casablanca

Tél. : 0665044841 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15 DEC. 2023

Nom et prénom du malade : Chakil Solmi Age : 10 ans 9 mois

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Affection respiratoire

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 15/12/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
5 DEC. 2023		3	309,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/12/23	101,70

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

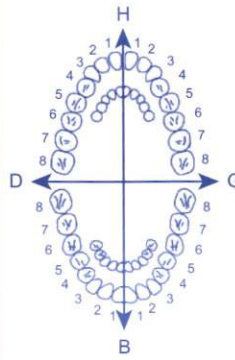
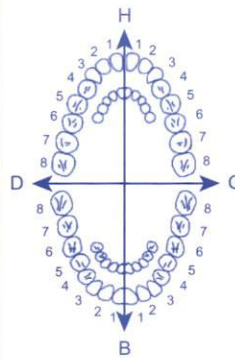
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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	
				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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H  25533412  00000000  D  00000000  35533411 </div> <div> H  21433552  00000000  G  00000000  11433553  B </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Mohamed SQALLI HOUSSAINI**

**Professeur de Pédiatrie**

*Ancien Chef de Service de Réanimation Pédiatrique  
et de Néonatalogie Hôpital d'Enfants C.H.U. Ibn Rochd*

*Spécialiste des Maladies des Enfants et des Nourrissons*

*Pathologie Néonatale - Urgences Pédiatrique*

*Exploration et Traitement de l'Asthme de l'Enfant*

*Membre de la Société Pédiatrique de Pneumologie  
et d'Allergologie*

**الدكتور محمد صقلي حسيني**

**أستاذ جامعي في طب الأطفال**

**رئيس سابقا لمصلحة إنعاش الأطفال  
و المولود الجديد - مستشفى ابن رشد**

**إختصاصي في أمراض الأطفال و الرضيع  
أمراض المولود الجديد المستعجلات الطبية  
تشخيص و علاج مرض الضيقة عند الأطفال**

**عضو جمعية الأطفال المختصة في الجهاز  
التنفسي و الحساسية**

Casablanca, le ..... في الدار البيضاء,

**15.12.2023**

**Enfant CHAKIL Salim**

Age : 10 ans 9 mois

**1 SAFLU 125 AÉROSOL (120 DOSES) (> 4 ANS )**

1 bouffée, 4 fois / jour, pendant 7 jours puis

1 bouffée, 2 fois / jour, pendant 3 mois

**2 UVEDOSE AMP BUV 100 000 UI**

1 ampoule buvable ce jour , directement dans la bouche

**3 VENTOLINE AÉROSOL(200 BOUFFÉES)**

4 bouffées 6 fois / jour, pendant 3 jours, puis 4 bouffées, 3 fois / jour  
pendant 5 jours

**4 COTIPRED COMP EFF 20 MG (20 CP)**

2 comprimé effervescent dans un verre d'eau 1 fois/jour,  
de préférence le matin, pendant 3 jours

19.5  
42.2  
40.0

Tel: 05 22 64 97 26 - Fax: 05 22 64 97 26  
9, Rue Ibnou Yafia (Rue Kharaf) Casablanca  
Dr. Mohamed SQALLI HOUSSAINI  
Diplômé en Pédiatrie - Allergologie  
Diplômé en Pédiatrie - Pneumologie  
Diplômé en Pédiatrie - Urgences  
Diplômé en Pédiatrie - Néonatalogie

Dr. Mohamed SQALLI HOUSSAINI  
Professeur de Pédiatrie  
11, Place Charles Nicols  
Tél: 05 22 64 97 26 - Fax: 05 22 64 97 26

PPV:40DH00  
PER:10/26  
LOT:M3463

ID:652636

PPV : 42,20 DH  
LOT: V38T  
PER : 03/2025

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml  
SOL BUV

P.P.V : 19,50 DH

6 119001 185030