

# 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.

M22- N° 004238

15803C

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

07652

Société :

Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHAKIL MOHAMMED

Date de naissance :

02-01-1961

Adresse :

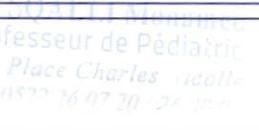
Rue Smina Ben Abdellah. Bld. Prince Moulay

Aypt. 2. quartier racine Casablanca

Tél. : 06650714841 Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



15 DEC. 2023

Date de consultation :

chakil solni Age: 10 ans

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

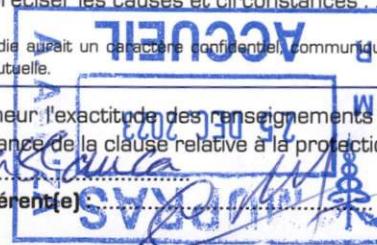
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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)



## 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
5 DEC. 2023	013		300.00	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/12/13	101,20

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

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 سابق لمصلحة إنعاش الأطفال  
والمولود الجديد - مستشفى ابن رشد

إختصاصي في أمراض الأطفال والرضيع  
أمراض المولود الجديد المستعجلات الطبية  
تشخيص و علاج مرض الخبيثة عند الأطفال

عضو جمعية الأطفال المختصة في الجهاز  
التنفسى و الحساسية

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

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



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

PPV : 42,20 DH  
ID:652636  
LOT: V38T  
PER : 03/2025

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml  
SOL BUV  
P.P.V : 19,50 DH  
  
6 118001 185030