

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 canalaire, 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 canalaire.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

## Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



203452

Déclaration de Maladie

M23- N° 0037808

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11443 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EL HLOU AÏSSA  
 Date de naissance : 03.04.76  
 Adresse : CASA  
 Tél. : 0666060878 Total des frais engagés : 827,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 03/04/2024  
 Nom et prénom du malade : EL HLOU CELYA Age: 3 mois  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : Vaccination Infancielles - RSV  
 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 : 03/04/2024  
 Signature de l'adhérent(e) :

PR4FR05/V2/20-10-2023

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
03/04/24	CS		250,00 DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie Arrachei Docteur en Pharmacie Ahmed Ouahli Bellaouchi 092011113</p>	03/04/24	577,00 DH

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

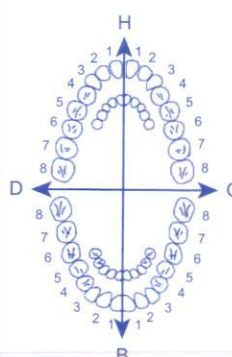
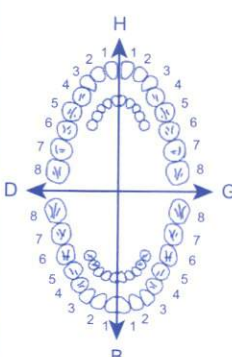
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veillez 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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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.Asma ESSOUIBA**  
**Pédiatre**



الدركتورة أسماء السويبة  
طبيبة الأطفال

Néonatalogie  
Vaccination  
Échographie  
Asthme Allergie  
Urgence

طب المواليد الجدد. الرضع و الأطفال  
التلقيح  
الفحص بالصدى  
الحساسية. الربو  
مستعجلات

Casablanca le: 03 AVR 2024

Elkhou Celja

3 mois

325<sup>00</sup>

2 - Infancia Pexa vacu



252<sup>00</sup>

2 - Rotarix



✓  
= 577<sup>00</sup>

DR. ASMA ESSOUIBA  
PÉDIATRE - INPE : 071183156  
Ed Qued L'Imm City Office, Etg 3, N° C7  
Quartier Missimi Oulfa H. HASSANI - Casa  
C5 22 89 61 41 / 06 60 60 37 30

ASMA ESSOUIBA  
Dentiste en Pharmacie  
45, Allée des CASQUINAS - Ain Sebsa - Casablanca  
Tél: 06 22 35 27 40  
(Près Clinique Ain Sebsa - Ain Sebsa - Casablanca)

عمارة سيتي أوفيس الطابق الثالث; رقم C7 حي مسميى الولفة الحي الحسني الدار البيضاء  
KFC أمام مرجان-ماكدونالدز الحي الحسني فوق  
Imm City Office, 3ème Etage N°C7 Quartier Missimi Oulfa Hay Hassani Casablanca  
(En face Marjane et Mcdonalds's Hay Hassani Au dessus KFC)

☎ 05 22 89 61 41 📠 06 60 60 37 30 ✉ cabinetasmaessouiba@gmail.com



# Rotarix

Oral suspension  
Suspension buvable  
Suspensión oral

Rotavirus vaccine/ Vaccin contre le rotavirus

rotavirus

Usage pédiatrique/ Uso pediátrico

Orale/ Via oral

**/ Ne pas injecter/ No se inyecte**

1 dose (1.5 ml)

1 dosis (1.5 ml)

1 tube

1 tubo

LOT/MFD/EXP :

AROLD422AA

11-2021

0-2024

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 252,00 DH



ID: 651054



Lactose anhydre  
Chlorure de sodium  
Milieu 199 contenant  
principalement  
des acides aminés, des  
sels minéraux,  
des vitamines  
Eau pour préparations  
injectables

GlaxoSmithKline Maroc :  
Ain Aouda,  
région Rabat

ID: 653467  
GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 325,00 DH  
6 118001 140718

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance

LOT/MFD/EXP:

A21CE3290  
11-2022  
10-2025

gsk