

# 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.

## Educational :

- 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.

## Prothésiste :

- 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)



N°D. 1546.

AMPL.

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0002505

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12320 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : EL Aouni Mouhcine Date de naissance : 19-11-83  
Adresse : Villa 535 Côté Bouskous Ville Jette  
Tél. : 0662041321 Total des frais engagés : 399,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Dr. Salwa L. AFAI  
Professeur de Pédiatrie  
Bp. Abdalmoumen Rès. Koutoubia  
CASABLANCA  
05 22 23 88 60 - Fax: 05 22 23 88 61  
ICE : 002106039000093  
INP : 091014447  
Date de consultation : 02/12/2019  
Nom et prénom du malade : EL Aouni Rechem Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
Nature de la maladie :  
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  
Signature de l'adhérent(e) :  
Le : 02/12/19



# 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
02.12.18	C3		2502h	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02.12.18	149,00

# 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
		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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'O

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'EXE

# Priorix™



Measles, mumps and rubella vaccine  
 Vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole  
 Vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola

Powder and solvent for solution for injection  
 Poudre et solvant pour solution injectable  
 Polvo y solvente para solución inyectable

Subcutaneous use or intramuscular use  
 Voie sous-cutanée ou voie intramusculaire  
 Vía subcutánea o vía intramuscular

GlaxoSmithKline Maroc  
 Ain El Aouda  
 Région de Rabat  
 PPV : 149.00 DH

ID : 636169  
 6



**1 dose/dosis (0.5 ml)**

1 vial with powder + 1 pre-filled syringe  
 with solvent + 2 needles  
 1 flacon avec poudre + 1 seringue pré-remplie  
 avec solvant + 2 aiguilles  
 1 vial con polvo + 1 jeringa prellenada  
 con solvente + 2 agujas

Read the package leaflet  
 and read the instructions for use

# Dr. Salwa CHAFAÏ

Professeur de Pédiatrie

Spécialiste des maladies du Nouveau-Né,  
du Nourrisson et de l'Enfant  
Diplômée en Hépatologie, Gastroentérologie,  
Nutrition, Endoscopie Digestive  
et Proctologie Pédiatriques  
de l'Université Paris VII  
Ex. Enseignante à la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca

## الدكتورة سلوى الشافعي

أستاذة في طب الأطفال

إختصاصية في أمراض الرضيع و الطفل  
مجازة في أمراض الكبد. الجهاز الهضمي و التغذية  
و في التشخيص بالمنظار الداخلي  
بجامعة باريس VII  
أستاذة سابقة بكلية الطب و الصيدلة  
بالدار البيضاء

Casablanca, le

02 DEC. 2019

El Anoum Hachem

109.00

1/ Puroza



Dr. Salwa CHAFAÏ  
Professeur de Pédiatrie  
76, Bd. Abdelmoumen Rés. Koutoubia  
CASABLANCA  
Tél: 05 22 23 88 60 - Fax: 05 22 23 88 61  
ICE : 002106039000093  
INP : 091034447



76. شارع عبد المومن - إقامة كتبية - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 23 88 60 / 05 22 23 88 60

الفاكس : 05 22 23 88 61 - المحمول : 06 61 15 36 77 - البريد الإلكتروني : salwa.chafai@gmail.com

76, Boulevard Abdelmoumen - Résidence Koutoubia - Casablanca - Tél. : 05 22 23 88 60 / 0808 37 52 90

Fax : 05 22 23 88 61 - Gsm : 06 61 15 36 77 - E-mail : salwa.chafai@gmail.com