

## 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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.

N° W21-726229

1333625

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	3618	Société :	R.A.M.
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BONNEZIAN HASSAN
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	0554073753	Total des frais engagés :	624,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin		
<i>DR. AZIZ CHAFIQ Neurochirurgien 51, Bd. Raha! El Meskini - Casablanca Tél : 05 22 54 02 60 / 05 22 44 31 77</i>		
Cachet du médecin :	<i>09/09/2022 ETTANAWI ALC</i>	
Date de consultation :		
Nom et prénom du malade :		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	<i>Nausee</i>	
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 : *CNSA*

Le : *18/10/2022*

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
04/10/22			377,00	INP : 1 Dr. Azziz El Mennafi Casablanca 51, Bd. Rahl El Mennafi Casablanca Tel: 05 22 54 02 60 / 05 22 43 11

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
GRANDE PHARMACIE DE CASABLANCA Mme DELLAL - 2230 4228 Place Bandoeng Casablanca Tél: 05 22 30 42 28	04/10/22	274,80

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

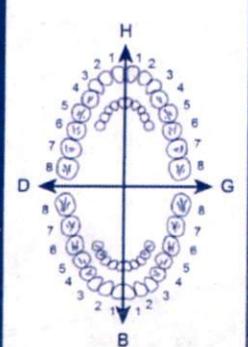
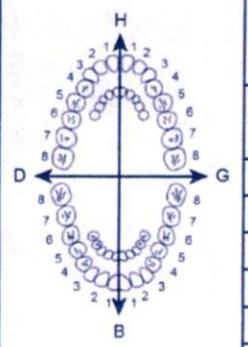
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

		<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT</b> <b>MASTICATOIRE</b> Dr. Azziz El Mennafi Casablanca 25533412 21433552 00000000 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553 <b>B</b>	<b>COEFFICIENT</b> <b>DES TRAVAUX</b>  <b>MONTANTS</b> <b>DES SOINS</b>  <b>DATE DU</b> <b>DEVIS</b>  <b>DATE DE</b> <b>L'EXECUTION</b>	
				<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>	<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>

**Docteur Aziz CHAFIQ**

**NEUROCHIRURGIEN**

Chirurgie du Système Nerveux Central  
et de la Colonne Vertébrale

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris  
Ex. Chirurgien au C.H.U. de Bicêtre (PARIS)

**Sur Rendez-Vous**

**الدكتور عزيز شفيق**

اختصاصي في جراحة الدماغ  
والجهاز العصبي والعمود الفقري

خريج كلية الطب بباريس

جراح سابق بالمستشفى الجامعي بيستر (باريس)

**بالموعد**

Casablanca, Le .....

04/10/2022

الدار البيضاء، في

GRANDE CHIRURGIE DE MAROC  
Centre de Neurochirurgie  
Boulevard El Moudawar  
Casablanca  
Tél : 05.22.30.42.88

Dr 10 M. 10/10/2022  
 11 Dosec 11 El met.  
 21 Zolea 23 El met.  
 31 Reloxol - 10/10/2022  
 1/4 10 A/NAT Roll-on  
 Dr 10 A/Holc. Dr Aziz CHAFIQ x 31  
 Neurochirurgien

الصفار رقم 19 - الدار البيضاء 1051، شارع رحاب المسكني - 51

51 Bd. Rahal El Meskini - Résidence ESSAFA N° 19 - CASABLANCA

Téléphone : 05.22.54.02.60 / 05.22.44.31.77

274,80



8 051128 636727

Lot : 22003  
À consommer de  
préférence avant le : 02/2025  
P.P.C : 89,50 DH

FP600  
LOT 20003  
PER 06/23  
PPV 70DH70



CS0580

PPV: 61DH50  
PER: 06/25  
LOT:L2130



RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20  
⊗  
LOT:22003  
PER:01/2025  
P.P.V:53DH10  
 118000 060833