

# 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

- 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



## Déclaration de Maladie

M22- 0030376

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8482 Société : RAH AS 0638

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOULGOUKI MUSTAPHA

Date de naissance : 04-03-1958

Adresse : Mère

Tél. : Total des frais engagés : 850,00 dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. M.A. RAFAI  
PES - Neurologue  
Maladies du Système Nerveux - Muscles  
ENMG - EEG - Toxine botulique  
INP : 091032441

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24 JAN 2023

Nom et prénom du malade : Moulgouki Fakhri Zahra

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

Nature de la maladie : Neurologie

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 : 22 / 02 / 23

Signature de l'adhérent(e) :



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
24/2/23		2	350.00	

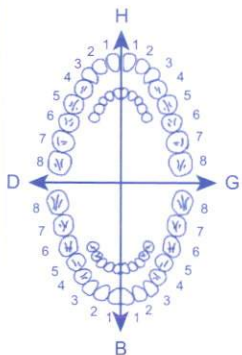
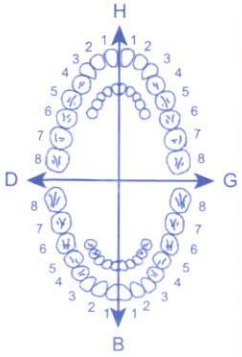
[illegible][illegible][illegible][illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

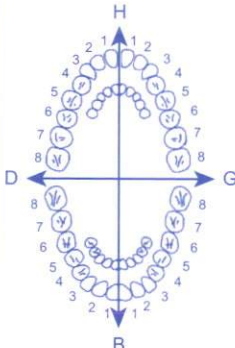
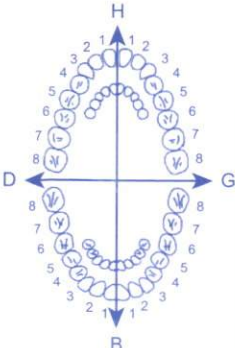
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DEBUT D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">FIN D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>								
PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  <table style="border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">25533412</td> <td style="padding: 2px 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">35533411</td> <td style="padding: 2px 5px;">11433553</td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> <b>B</b> </div> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DATE DU DEVIS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DATE DE L'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**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			
						CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE						
		<div><div>H</div><div><div>D</div><div>G</div></div><div>B</div></div> <div><div>25533412</div><div>21433552</div></div> <div><div>00000000</div><div>00000000</div></div> <div><div>00000000</div><div>00000000</div></div> <div><div>35533411</div><div>11433553</div></div>				CCEFFICIENT 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 L'EXECUTION

# CLINIQUE DAR SALAM CASABLANCA

728, Bd. Modibo keita  
TEL 212 5 22 851 414 - 212 5 22 830 880  
CASABLANCA

## F A C T U R E

Numéro Facture	Date Facture	Nom du patient	Prise en charge	Période hospitalisation	
202301163	24/01/2023	Mlle MOULGOURI Fatima Ezzahra	Payant	24/01/2023	24/01/2023

Désignation des prestations	Observation	Lettres Clé	Nbre	Prix Unitaire	Montant DH
TOTAL CLINIQUE					0,00

### AUTRES PRESTATIONS

DR. RAFAI(Neurologue)			1	350,00	350,00
TOTAL AUTRES PRESTATIONS					350,00

Arrêtée la présente facture à la somme TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS	TOTAL GENERAL	350,00
--	---------------	--------

**URGENCE**  
Clinique DAR SALAM





# مصحة دار السلام CLINIQUE DAR SALAM

Docteur Rafai Ma  
PES - Neurologue

Maladies du Système Nerveux et Muscles • Explorations  
Neurophysiologiques

Ancien Neurologue aux Hôpitaux de Paris et Bordeaux

Ancien « Fellowship » de l'Institut de Myologie - Paris

ElectroNeuroMyoGraphie (ENMG)

ElectroEncéphaloGraphie (EEG) - Toxine Botulique

neuroconsultcasa@gmail.com Tel: Rdv 0622 873 066

SMS 0642 655 255

Casablanca, le 24 JAN. 2023

NOM ET PRENOM:

Mouppiniri  
Touiss Zahra

LOT:553

PER:04/25

PPV:62,70DH

Angineux veyron

62.70

1 coup de molin

1 mg

Professeur Rafai Ma

Explorations Neurophysiologiques - ENMG- EEG - Toxine Botulique, Biopsies musculaires  
et Neuro-Musculaires)

Sur Rendez-Vous

tel: Rdv - 0622 873 066 / SMS - 0642 655 255

Adresses-Mail : [neuroconsultcasa@gmail.com](mailto:neuroconsultcasa@gmail.com)

Sur Rendez-Vous : 06 22 87 30 66

**URGENCES 24/24** مستعجلات

62,70

CPV 620879  
PER 08/26  
LOC L2827

② - urostha Cp Sny  

---

1/2 - - 1/2

124,90 x 3

③ - inlier. Sany  

---

1/2 Cp / j 10 j

124,90

1 Cp / j

Soo. b.

124,90

3m

124,90

Dr. M. A. RAFAI  
PES - Neurologue  
Maladies du Système Nerveux - Musc.  
ENMG - EEG - T. Médi. nucléaire  
HYP - 09 1032441