

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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° W21-827405  
*184162*

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

*5281*

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre:

Nom & Prénom :

*TAHAFIF ASSIA*

Date de naissance :

*1959*

Adresse :

*0623203841*

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin  
**Dr. Mostafa FADI**  
Professeur de Neurochirurgie  
Expert Assermenté Auprès  
des Tribunaux  
12, Place de Alaouites - Rabat  
Tél : 05 37 20 20 15  
Email : fadiimostafa@yahoo.fr

Cachet du médecin :

Date de consultation :

*13 NOV. 2023*

Nom et prénom du malade :

*TAHAFIF ASSIA*

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

*RACTHALGIES*

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

### 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
13 NOV 2013	CS	03	300,00	INP : 142013768

Dr. Mostafa FADLI  
Professeur de Neurochirurgie  
Expert Assermenté Auprès  
des Timbreaux

12, Place de la Justice - Rabat  
Tél : 05 37 20 20 15  
Email : fadlimostafa@yahoo.fr  
INPE : 142013768

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BAER	13/11/13	506,70
Route Ain Smen Cité Adarissa.		
FES - Tél. 05 35 60 90 62		

INPE  
142013762

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

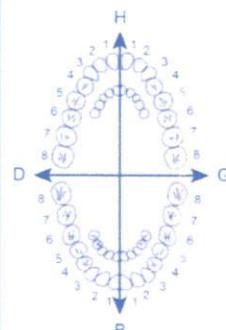
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

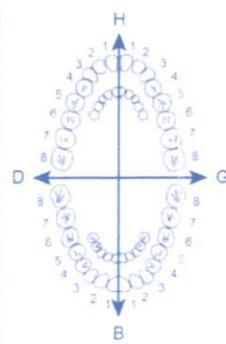
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

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



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Lot :  
A consommer de  
préférence avant le :  
PPC : 84,00 DH

PPV:  
EXP:  
Lot N°.

47,80

الدكتور مصطفى فضا

أستاذ في جراحة الدماغ والأعصاب والعمو

دبلوم الجراحة المجهرية - ليون فرنس

LOT 221074  
EXP 11/2024  
PPV 74 100% H

GTIN: 06118001260850  
LOT: 4048  
MFG: 09 2022  
EXP.: 09 2025  
PPV: 94Dhs00



GTIN: 06118001260850  
LOT: 4054  
MFG: 10 2022  
EXP.: 10 2025  
PPV: 94 Dhs 00



84,00 x 2

A - THERMAG

AN 289. 1 Golden le. book + 3 m

94,00 x 2.  
2. Myoflex ep

47,80

31

Daten 4

28,80  
4-

Vitanew L

741 NO

1

15 + 81

506,70

12، ساحة العلوبيين - رقم العيادة 12 - الرباط - Cabinet № 12 - Place des Alaouites

الهاتف : 05 37 20 20 15 - E-mail : fadlimostafa@yahoo.fr

Patente : 25103255 - I.F : 33430125 - ICE : 001707339000030 - + INP101156768

**Dr. Mostafa FADIL**  
Professeur de Neurochirurgie  
Expert Assermenté Avocat  
Place des Tribunaux Alouaït  
Tél. 05 37 20 20 15  
Fax: 05 37 20 15 53  
[mostafafay@yahoo.fr](mailto:mostafafay@yahoo.fr)