

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ▪ Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| ▪ Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| ▪ 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 à caractère personnel.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quai Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-812863

187167

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

0836

Société :

ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

JAMALE OSINÉ DOKHED

Date de naissance :

01/02/1943

Adresse :

49-RUE MELISSINE EL AÏN - BERRECHID

Tél. :

06.11.14.46.00

Total des frais engagés :

846,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

25/11/2023

Nom et prénom du malade :

JAMALE OSINÉ DOKHED Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Nerf

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 : 27/11/2023

ACCUEIL

Autorisation CNCP N° : A-A-215/2019

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
07-11-2023		1D	370,00	INFORMATIQUE CHAMPS SANTÉ ENTREPRISE

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE KADIRIYA Bd. Mohamed V (Place de la Mecque Chouaib 05 22 53 35 66 07 02 50 Name : Pharmacie 2000</i>	<i>27/11/2023</i>	<i>496,00 Dhs</i>

# RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE

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	INP : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 10px;"></span>
				
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	G	H	
	25533412	21433552	H	
	00000000	00000000	G	
	00000000	00000000	B	
	35533411	11433553		
	(Création, remont, adjonction)			
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# 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

Casablanca, Le .....



**NUPENTIN® 300 mg**  
Boîte de 30 gélules  
Voie orale



**NUPENTIN® 300 mg**  
Boîte de 30 gélules  
Voie orale



**NUPENTIN® 300 mg**  
Boîte de 30 gélules  
Voie orale



**NUPENTIN® 300 mg**  
Boîte de 30 gélules  
Voie orale

**NUPENTIN® 300 mg**  
Boîte de 30 gélules  
Voie orale



27/11/2023  
 الدار البيضاء، في  
 Dr. Aziz CHAFIQ  
 Neurochirurgien - Casablanca  
 35, Bd. Rahal El Meskini - Casablanca  
 Tel: 05.22.54.02.60 / 05.22.44.31.77  
 DR. KADIRI LALLA ZINEB  
 22, Bd. Mohamed V (Prés de la Mosquée CHOURA)  
 Berrechid  
 Tél : 05 22 53 36 05 / 06 01 65 62 50  
 Instagram : Pharmacie\_2000  
 51 ، شارع رحال المسكنى ، إقامة الصفار رقم 19 - الدار البيضاء  
 51, Bd. Rahal El Meskini - Résidence ESSAKA N° 19 - CASABLANCA  
 الهاتف : 05.22.54.02.60 / 05.22.44.31.77