

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 canalaire, 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 canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

Adresses Mails utiles

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **6638**

Société : **RAN**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ELKHALFI ELNESTAPHA

Date de naissance :

1962

Adresse :

CASA

Tél. :

0661066938 Total des frais engagés : **750,00 + 237,00 Dhs**

Cadre réservé au Médecin **Dr. Mohammed CHAFIQ**

NEUROLOGUE

Centre médical Sidi Othman

3ème étage Place de la Préfecture

Avenue 10 Mars, Sidi Othmane

Casa - Tél : 05.22.37.41.63

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :

ALD ALC

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 :

CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **07/02/2024**



VOL ET ADHÉRENCE

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 7/2 24 | 162 | 1 | 250,00 700 | Dr. Mohammed CHAIEF NEUROLOGUE Chirurgien Cabinet de l'Assistance publique Place de la préfecture 75007 Paris, Sidi Othmane Téléphone 3374463 Fax 01 53 90 85 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant |
|---|---------|---|
| Pharmacie MILAD 22, Bd Sidi Abderrahmane Salala - C.I.L - Casablanca Tel: 02 94 65 30 - 0522 94 29 40 | 07/2/24 | 237,00 Dhs Montant : 237,00 Dhs PHARMACIE MILAD Samira MILAD Abderrahmane |

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 |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVE 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'IRI.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | Montant des Honoraires | COEFFICIENT DES TRAVAUX [] | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|------------------|-------------|------------------------|--------------------------------|--|----------|----------|----------|----------|-------|--|---|---|----------|----------|----------|----------|---------------------------|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS [] | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DEBUT D'EXECUTION [] | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | FIN D'EXECUTION [] | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [] | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>H</td><td></td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></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> </table> | | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | <hr/> | | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | MONTANTS DES SOINS [] |
| H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <hr/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | | DATE DU DEVIS [] | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DATE DE L'EXECUTION [] | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

DOCTEUR MOHAMED CHAFIQ

الدكتور محمد شفيق

► Ex attaché au C.H.U. IBN ROCHD

طب بحثي سابق بمستشفى ابن رشد

► Spécialiste des maladies du système nerveux, du Muscle et de la colonne vertébrale

► متخصص في مراض الجهاز العصبي والعضلي العمود الفقري

► Epilepsie

► برق اصرع

► Electroencephalographie (EEG)

► التخطيط الكهربائي للدماغ

► Electroneuromyographie (EMG)

► التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات



Casablanca, le : 07/2/24 : الدار البيضاء في :

Dr. KHALFI NABIA



79,00 Butcher 1 kg le kg



79,00 - Vissuel 1 kg le kg

PHARMACIE MILAD
Mme Samira MILAD
283, Bd Sidi Abderrahmane
Hay Salam - C.I.L - CASABLANCA
Tél: 0522 94 65 30 - 0522 94 29 49
INPE: 092042654

Dr. Moham
NEU
Centre méd
3ème étage P
Avenue 10
Casa -

LDT: 423
EXP: 04/2026
PPC: 79,00 DH

Pharmacie MILAD
Mme Samira MILAD
283, Bd Sidi Abderrahmane
Hay Salam - C.I.L. - Casablanca
Tél: 0522 94 65 30 - 0522 94 29 49
INPE: 092042654

ثالث المركز الطبي (قرب مرجان ماركت) سيدى عثمان - البيضاء

BD, 10 Mars, Place de la préfecture, 3^{ème} étage, Centre médical - SID

SA

المحمول : 10 Mobile : 06 65 10 46 10 - الهاتف : INP : 091039685

P.P.C : 79 DH

Lot : V130J

Diлоу: 05/26

P.P.C : 79 DH

Diлоу: 11/24

Лот: V307G

*Dr MOHAMMED CHAFIQ
NEUROLOGUE
Place de la Préfecture
Avenue 10 Mars
3ème étage, Centre Médical
Sidi Othmane - Casablanca*

Casa Le : 07-02-2024

**COMPTE RENDU
ELECTROENCEPHALOGRAMME**

Date : 07-02-24

*Nom : EL KHALFI Médecin traitant : Dr : MOHAMED.CHAFIQ
Prénom : NAIMA
Age :*

*Renseignements cliniques :- Céphalée.
Conditions d'enregistrement :*

Interprétation :

- Tracé fait d'un rythme de fond régulier, symétrique et réactif à l'ouverture des yeux.
- La SLI et L'HPN sans anomalies.

Conclusion :

- Rythme de base normal.
- Absence d'anomalies paroxystiques.

*Dr. Mohammed CHAFIQ
NEUROLOGUE
Centre médical Sidi Othman
3ème étage Place de la Préfecture
Avenue 10 Mars, Sidi Othmane
Tél : 0522 37 41 63 - CASA*

*Dr MOHAMMED CHAFIQ
NEUROLOGUE
Place de la Préfecture
Avenue 10 Mars
3ème étage, Centre Médical
Sidi Othmane - Casablanca
Tel : 0522-37-41-63*

Casablanca le : 07.02- 24

HONORAIRE

*Nom : EL KHALFI
Prénom : NAIMA
Electroencéphalographie : Cinq Cent Dirhams.
Arrêtée la présente facture à la somme de : 500 DH*

Patente N° 32784216 ICE : 001878794000070

IF : 48968067 N° : CNSS 7129936

*Dr. Mohammed CHAFIQ
NEUROLOGUE
Centre médical Sidi Othman
3ème étage Place de la Préfecture
Avenue 10 Mars, Sidi Othmane
Tél : 0522 37 41 63 - CASA*