

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 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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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 des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 5ème 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

W21-835409

- ☐ 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. : 2661066938 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

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/02/2024

Nom et prénom du malade : EL KHALFI ELNESTAPHA Age :

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

Nature de la maladie : Neurologie

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

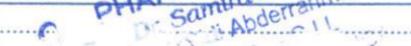
Signature de l'adhérent(e) : Le : 07/02/2024

PRAFRC5/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

VOI ET ADHERENT

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 Praticien des Actes
7/2/24	12	1	250,00	
	608	2	700,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	07/12/24	

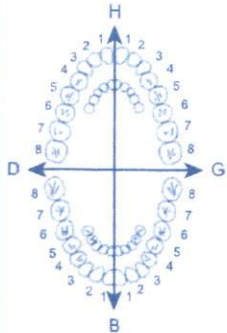
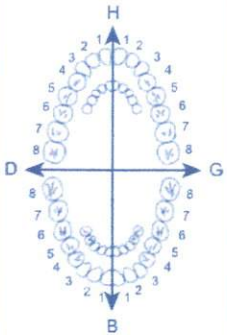
[illegible][illegible]

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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
					<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>																					
					MONTANTS DES SOINS																					
					<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>																					
					DEBUT D'EXECUTION																					
					<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>																					
					FIN D'EXECUTION																					
					<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<div style="text-align: center;"> DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">H</td> <td></td> <td style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td></td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td></td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td></td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td></td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> </div>				H		H	25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
H		H																								
25533412		21433552																								
00000000		00000000																								
D		G																								
00000000		00000000																								
35533411		11433553																								
B																										
					<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>																					
					MONTANTS DES SOINS																					
					<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>																					
					DATE DU DEVIS																					
					<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>																					
					DATE DE L'EXECUTION																					
					<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>																					

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

◀ طبيب سابق بمستشفى ابن رشد

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

◀ اختصاصي في أمراض الجهاز العصبي و العضلي و العمود الفقري

► Epilepsie

◀ بصرامع

► Electroencephalographie (EEG)

◀ التخطيط الكهربائي للدماغ

► Electroneuromyographie (EMG)

◀ التخطيط الكهربائي للأعصاب و العضلات



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

EL KHALIL NAIMA



79,00 Anticor 1 cp le sm



79,00 XL - Viscentel 1 cp le sm

PHARMACIE MILAD
Mme Samira MILAD
283, Bd Sidi Abderrahmane
Hay Salam - CIL
Tél: 0522 94 65 30 - CASABLANCA

237,00

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

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

LUT: 423
EXP: 04/2026
PPC: 79.808H

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

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

المحمول : 06 65 10 46 10 ■ الهاتف : 05 22 37 41 63 - Tél.: 091039685 - INP

P.P.C: 79 DH

Lot: Dia:

V130J 05/26

P.P.C: 79 DH

Dia: Lot:

11/24 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

Casablanca le : 07.02- 24

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

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