

# 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.

## Diagnostic 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 canaux, 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 canaux.

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0050235

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1989 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite  
 Nom & Prénom : MOUHTADI Mohamed  
 Date de naissance :  
 Adresse : Lot. Vermond Rue 2 N° 14 P.O.  
 Casa  
 Tél. : 0661 975816 Total des frais engagés : 1235,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **DR. M.A. RAFAI**  
 PES - Neurologue  
 Maladies du Système Nerveux - Muscles  
 ENMG - EEG - Toxine Botulique  
 Rdv: 06 22 87 30 66  
 Date de consultation : 20/3/2021  
 Nom et prénom du malade : Aff. neurologique  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Aff. neurologique  
 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 au 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 Le : 15/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Praticien attestant le Paiement des Actes
29/3/2011		5	9	DR. M. A. RAFAÏ Attestant le Paiement des Actes Maladies du Système i - MG - EEC - Toxine Botulique Rdv: 06 22 87 90 86

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

29-03-2011 1235,00

## 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

AM PC IM IV

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

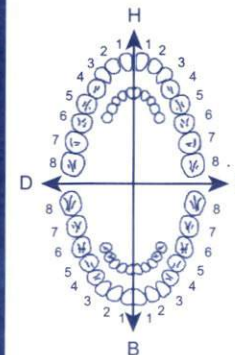
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

## SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# مصلحة 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 29/3/2014

NOM ET PRENOM: M. M. K. K.

298.0 x2

Non

(S.V)

1 - Indication

3/4 x 1

213.00 x3

2 -

Effexor

(S.V)

EFFEXOR L.P. 75MG 30 CAPS  
P.P.V : 213DH00  
6118001170906

EFFEXOR L.P. 75MG 30 CAPS  
P.P.V : 213DH00  
6118001170906

EFFEXOR L.P. 75MG 30 CAPS  
P.P.V : 213DH00  
6118001170906

SERVICE URGENCES  
CLINIQUE DAR SALAM

Explorations Neurophysiologiques - ENMG - EEG - Toxine Botulique, Biotin - musculaires  
(Neuro-Musculaires)

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

Adresses-Mail: neuroconsultcasa@gmail.com

Sur Rendez-Vous : 06 22 87 30 66

URGENCES 24/24 مستعجلات

728, Bd. Modibo Keita Casablanca 20100 - Tél: +212 5 22 851 414 - Fax: +212 5 22 830 880 - E-mail: contact@cliniquedarsalam.ma

www.cliniquedarsalam.ma - C.N.S.S. : 6387246 - Patente : 36372350 - I.F. : 1087382



Le 29/3/2021

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien	
<b>Dr. M.A. RAFAI</b>	
PES - Neurologue	
Maladies du Système Nerveux - Muscles	
ENMG - EEG - Toxine Botulique	
Rdv: 06 22 87 30 86	
Je soussigné:	
Certifie que Mlle, Mme, M :	
Présente	<i>Mlle A. Fakir</i>
Nécessitant un traitement d'une durée de:	<i>Au long - Cour</i>
Dont ci-joint l'ordonnance:	
(A défaut noter le traitement prescrit):	

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18

**Dr. M.A. RAFAI**  
PES - Neurologue  
Maladies du Système Nerveux - Muscles  
ENMG - EEG - Toxine Botulique  
Rdv: 06 22 87 30 86