

# 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 | adhession@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 - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Hora 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° W21-613728

(76597)

<input checked="" type="checkbox"/>	Maladie	<input type="checkbox"/>	Dentaire	<input type="checkbox"/>	Optique	<input type="checkbox"/>	Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)							
Matricule :		8729		Société :		RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)		<input type="checkbox"/> Autre :		1 MADOUR ZAKARIA	
Nom & Prénom :		26/02/1967		Date de naissance :		26/02/1967	
Adresse :		Villa 286 Lot flanda CASABLANCA		Tél. :		0661310657 Total des frais engagés : 817 Dh	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Dr GOFTI HAKIM PEDIATRE 600 Bd Moulay Youssef Tél 0622 48.60.70 -CASABLANCA	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	MADKOUR ISMAÏL
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	Vaccination
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 :	CASABLANCA
Le :	22/06/2021
Signature de l'adhérent(e) :	



#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

RELEVE DES HONORAIRÉS				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
11/04/2014	S		250 Dhs	INP : 98/667499
<b>Dr GOFTI HAKIM</b> <b>PEDIATRE</b> 600 Bd Moulay Youssef Tét 0522 48 60 70 CASABLANCA				

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien DU FABRICANT	Date	Montant de la Facture
Leila LADRHAM Docteur en Pharmacie Thié - Diététique - Cosmétique Zemmouria Kin 15 Dar Bouazza Casa - Tel. : 05 22 29 08 29 Patente : 3293256 - RC N° 414695	12.06.21	567,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

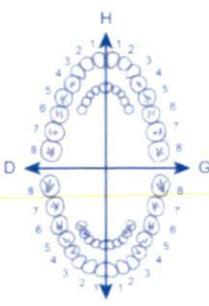
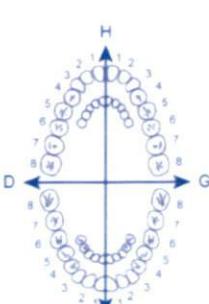
#### AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **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'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>

# Docteur GOFTI Hakim

## PEDIATRE

Diplômé de la Faculté  
de Médecine de Besançon (France)  
Ancien interne des Hôpitaux  
de Franche - Comté

Tél : 05 22 48 60 70  
Fax : 05 22 22 74 73  
GSM : 06 61 14 78 85

## Sur Rendez-vous

الدكتور حكيم

اختصاصي في طب الطفل والرضيع  
خريج كلية الطب بزانسون (فرنسا)

الهاتف : 05 22 48 60 70  
م : 05 22 22 74 73  
ن : 06 61 14 78 85

## بالموعد

Casablanca, le .....

١٩٠٦٤

فندق هيلتون

فندق إسنيل

٥٦٧,٠٠ NI DÉMOCRAT



نهاية

Dr GOFTI HAKIM  
Bd Moulay Youssef  
ann Bd Moulay Youssef  
05 22 48 60 70 CASABLANCA

PHARMACIE LES JARDINS DE L'OCEAN  
Leila MADRHAM  
Docteur en Pharmacie  
Homeopathie - Diététique - Cosmétique  
Route d'Azemmour Km 15 Dar Bouazza  
Casablanca - Tél. : 05 22 29 08 29  
patente N° 32983256 - RC N° 414696

600, Bd. Moulay Youssef - 1er Etage - Casablanca - E-mail : hakimgofti@gmail.com

INPE 091067793 - ICE 001666569000064

Si urgence : Clinique ATFAL : 05 22 23 18 18 - 05 22 23 50 73

Lire la notice avant utilisation.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants. Eliminer conformément à la législation en vigueur.

Lees voor het gebruik de bijsluiter. Buiten het zicht en bereik van kinderen houden. Verwijderen in overeenstemming met de lokale voorschriften.

Packungsbeilage beachten.  
Arzneimittel für Kinder  
unzugänglich aufbewahren.  
Entsorgung entsprechend den  
nationalen Anforderungen.

**Nimenrix®**  
Pfizer Limited, Ramsgate Road, Sandwich,  
Kent CT13 9NJ, Royaume-Uni / Vereinigt  
Koninkrijk / Vereinigtes Königreich  
EU/1/12/767/003

NIMENRIX 1Dose (0,5ml)  
P.P.V : 567DH00

Laboratoires  
**Pfizer**  
S.A.

NIMENRIX 1Dose (0,5ml)  
  
6 118001 171408

Laboratoires  
**Pfizer**  
S.A.

PAA119021