

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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.

## Educations :

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

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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 070988

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8482 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOULGOURI MUSTAPHA

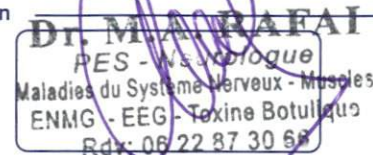
Date de naissance : 1958103104

Adresse : même

Tél. : 0661998694 Total des frais engagés : 399,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Aff. Neurosyn Chm

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

Signature de l'adhérent(e) : 2/11

Le : 12.2022

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



[illegible]

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

[illegible][illegible]

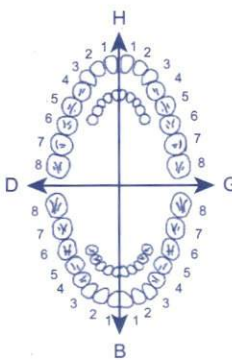
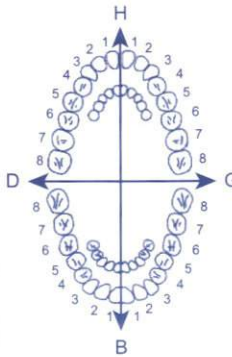
| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |     |     |     |                                    |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES  |   |                     |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|---|---|---------------------|---|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                        |   |                     |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| <b>Important :</b><br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de |   |                     |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| SOINS DENTAIRES   | Dents<br>Traitées   | Nature des<br>Soins | Coefficient                                       |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |   |                     |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |   |                     |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |   |                     |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |   |                     |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |   |                     |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |   |                     |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |   |                     |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |   |                     |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |   |                     |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |   |                     |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |   |                     |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |   |                     |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| O.D.F.<br>PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE  |                     |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | <div style="text-align: center;"> H<br/> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</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> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> </div> |                     | 25533412  | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  |  |
|   | 25533412  | 21433552            |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 00000000  | 00000000            |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | D   | G                   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 00000000  | 00000000            |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 35533411  | 11433553            |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | B   |                     |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                     |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |   |                     |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |   |                     |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |   |                     |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |   |                     |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |   |                     |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |   |                     |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |   |                     |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |   |                     |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |   |                     |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |   |                     |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |   |                     |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |   |                     |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |   |                     |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |   |                     |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |   |                     |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |   |                     |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |   |                     |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |   |                     |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |   |                     |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |   |                     |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX   |   |                     |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| MONTANTS DES SOINS  |   |                     |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| DEBUT D'EXECUTION   |   |                     |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| FIN D'EXECUTION   |   |                     |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX   |   |                     |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| MONTANTS DES SOINS  |   |                     |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| DATE DU DEVIS   |   |                     |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| DATE DE L'EXECUTION   |   |                     |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS  |   |                     | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |

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 canaux, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES   | Dents<br>Traitées  | Nature des<br>Soins | Coefficient |                         |
|---|--|---------------------|-------------|-------------------------|
|    |  |                     |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|   |  |                     |             | MONTANTS DES SOINS      |
|   |  |                     |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|   |  |                     |             | FIN D'EXECUTION         |
|   |  |                     |             |                         |
|   |  |                     |             |                         |
|   |  |                     |             |                         |
|   |  |                     |             |                         |
|   |  |                     |             |                         |
|   |  |                     |             |                         |
| O.D.F.<br>PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE   |                     |             |                         |
|  | <div><div><div>H</div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div><div>G</div></div> |                     |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|   | <div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>  |                     |             | MONTANTS DES SOINS      |
|   |  |                     |             | DATE DU DEVIS           |
|   |  |                     |             |                         |
|   |  |                     |             | DATE DE L'EXECUTION     |
|   |  |                     |             |                         |
|   |  |                     |             |                         |
|   |  |                     |             |                         |
|   |  |                     |             |                         |
|   |  |                     |             |                         |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# مصحة 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](mailto:neuroconsultcasa@gmail.com) Tel: **Rdv 0622 873 066**

**SMS 0642 655 255**

Casablanca, le **13 NOV. 2021**

NOM ET PRENOM :

49,60

Moulay Rachid Elhachemi  
Bakht -

PPV: 49,60 DH  
LOT: 21628  
EXP: 07/2024

D - une forte

1 amp par mois

PHARMACIE CHARRIER CHEVASSAR  
N° 060101514 - MARA 2 AV AL OUDJ  
AIN CHOCK - CASABLANCA  
Tél: 06 22 21 02 16  
Tél: 06 22 50 65 10 / 06 22 21 02 16  
Dr. M. A. RAFAI MA  
PES - Neurologue  
Maladies du Système Nerveux - Muscles  
ENMG - EEG - Toxine Botulique  
Rdv: 06 22 87 30 66

**Professeur Rafai Ma**

Explorations Neurophysiologiques - ENMG- EEG - Toxine Botulique, Biopsies musculaires  
et Neuro-Musculaires)

**Sur Rendez-Vous**

**tel: Rdv - 0622 873 066 / SMS - 0642 655 255**

**Adresses-Mail : [neuroconsultcasa@gmail.com](mailto:neuroconsultcasa@gmail.com)**

**Sur Rendez-Vous : 06 22 87 30 66**