

# 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.

## 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## aire :

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 tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

Reclamation : contact@mupras.com

Mise 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 personnelles.

S : 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- 0056051

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1388 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : MAJBAR Mohamed

Date de naissance : 20.05.1966

Adresse : 5, Rue ibn Cheikh el Karravani - 2 Mars Casa

Tél. : 06 66 24 5726 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22.02.2022

Nom et prénom du malade : M. MAJBAR HAFIDH Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Venoly

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 23/03/2022

Signature de l'adhérent(e) : .....

Le : 23.03.2022

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

## **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
22-01-2022	CD		300/-	El Mejdani - Dr Chafik El Mejdani - 0524 54 02 11

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACHE L. SALLEH PHARMACIE MUNICIPALE ROUTE DE CASABLANCA TOME 1 N° 157	22.02.22	63,20

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	09/12/22	IRM Cerebrale	400 DH

## AUXILIAIRES MEDICAUX

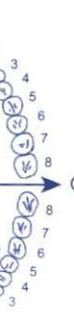
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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

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											
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	Coefficient des travaux
H	25533412	21433552										
D	00000000	00000000										
B	35533411	11433553										
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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'E

**Docteur Aziz CHAFIQ**

**NEUROCHIRURGIEN**

Chirurgie du Système Nerveux Central

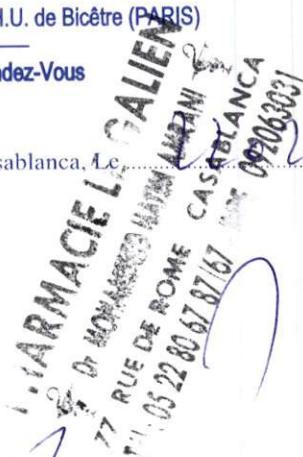
et de la Colonne Vertébrale

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Ex. Chirurgien au C.H.U. de Bicêtre (PARIS)

**Sur Rendez-Vous**

Casablanca, Le



**الدكتور عزيز شفيق**

اختصاصي في جراحة الدماغ  
والجهاز العصبي والعمود الفقري

خريج كلية الطب بباريس

جراح سابقًا بالمستشفى الجامعي بيستر (باريس)

**بالموعد**

دار البيضاء، في 22 ماي

MABBAR  
MAA 2A

Shreem S.V.

63,20

AKY

63,20

عبد السلام

A circular stamp containing the following text:  
Dr. Aziz CHAFIQ  
Neurochirurgien  
51 Bd. Rahal El Meskini - Casablanca  
Tél.: 05.22.87.67

A circular stamp containing the following text:  
Dr. Aziz CHAFIQ  
Neurochirurgien  
51 Bd. Rahal El Meskini - Casablanca  
Tél.: 05.22.87.67

51 ، شارع رحال المسكنى - إقامة الصفارق 19 - الدار البيضاء

51, Bd. Rahal El Meskini - Résidence ESSAFA N° 19 - CASABLANCA

الهاتف : 05.22.54.02.60 / 05.22.44.31.77

358 13 228578

Liste I - Unique sur ordonnance - List I - Prescription medicine only

**RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES  
RESPECT PRESCRIBED DOSES**



Lot : 3540  
Mfg: 07 2021  
EXP.: 07 2024  
BIOCODEX MAROC PPV : 63,20 DH