

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

- Réclamation : 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.

N° W21-691710

MT678

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1620	Société : RAM Neuve		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> FATOUMA
Nom & Prénom : SELLAMI			
Date de naissance : 1950			
Adresse : Rue 5 n° 16 Inara 2 Casablanca			
Tél. : 06 65 25 15 52	Total des frais engagés : 2455,7 Dhs		

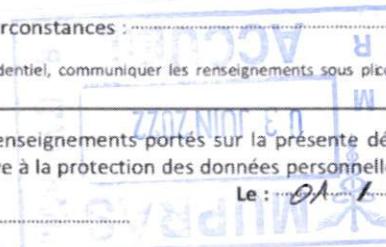
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	<p>Dr Mohammed CHAFIQ NEUROLOGUE Centre médical Sidi Othman 3ème étage Place de la Préfecture Avenue 10 Mars, Sidi Othmane Casa - Tél : 05 22 37 41 63</p>		
Cachet du médecin :	<p>SELLAMI FA TOM MN</p>		
Date de consultation : 04/05/2022	Age :		
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	D�n Nelse + htl nse		
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) :

Le : 01/06/2022



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
45 22	C2	1	270,00	INPE 1039685 Dr. Mohammed CHAFI NEUROLOGUE Centre médical Sidi Othman 3ème étage Place de la Préfecture Avenue 10 Mars, Sidi Othmane Casab - Tel: 05.22.37.41.63

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Mohammed CHAFI - Tel: 05.22.37.41.63	04/05/2008	2205,70

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

DEBUT DES TRAVAUX													
MONTANTS DES SOINS													
DEBUT D'EXECUTION													
FIN D'EXECUTION	AC 35												
COEFFICIENT DES TRAVAUX													
MONTANTS DES SOINS													
DATE DU DEVIS													
DATE DE L'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES													
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B	00000000	00000000
H	25533412	21433552											
D	00000000	00000000											
	35533411	11433553											
B	00000000	00000000											
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													
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. IPN ROCHD

طبيب ملحق سابق بمستشفى ابن رشد

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

► اختصاصي في أمراض الجهاز العصبي والعضلي والعمود الفقري

► Epilepsie

► مرض الصرع

► Electroencephalographie (EEG)

► التخطيط الكهربائي للدماغ

► Electroneuromyographie (EMG)

► التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات



Casablanca, le :

4/5/22

الدار البيضاء في :

SORCAMI PHARMA

130 100×3 Trigem 20 1/1p le casab ~~10773~~

371 100×4 Elora 20 1/1p le casab ~~10774~~

8380 100×1 Askoudil 160 1/1p 1 - 0

389 100×5 Dogmetil 80 1/1p 0 - 1 - 0

357 100×4 Alprazolam 1/1p 1/1p le casab ~~10776~~

Mle 0 3 m

Dr. Mohammed CHAFIQ

NEUROLOGUE

Centre médical Sidi Othman

3ème étage place de la Préfecture

Avenue 10 Mars, Sidi Othmane

Tél. 05.22.37.41.63

شارع 10 مارس، ساحة القطالان (باب الثالث) المركز الطبي (قرب مرجان ماركت) سيدى عثمان - البيضاء

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

INPE: 91039685 Tél: 05 22 37 41 63 ■ الهاتف: Mobile : 06 65 10 46 10 المحمول:

T5 2805,70

Maphar
Bd Alkmia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
EBIXA 20MG B28 CP PELL
P.P.V : 371,00 DH

6 118001 184866

Maphar
Bd Alkmia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
EBIXA 20MG B28 CP PELL
P.P.V : 371,00 DH

6 118001 184866

Maphar
Bd Alkmia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
EBIXA 20MG B28 CP PELL
P.P.V : 371,00 DH

6 118001 184866

Maphar
Bd Alkmia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
EBIXA 20MG B28 CP PELL
P.P.V : 371,00 DH

6 118001 184866

TRE-ZEN® 20mg
Chlorhydrate de paroxétine

30 comprimés
pelliculés sécables



6 118000 041467

PER : 06/2024
LOT : 21E006

Dogmatil 50mg
20 Gélules
P.P.V : 32DH90
6 118000 061199

0
OT : 21E007
ER : 09 2024

0
Dogmatil 50mg
20 Gélules
P.P.V : 32DH90
6 118000 061199

0
Dogmatil 50mg
20 Gélules
P.P.V : 32DH90
6 118000 061199

0
Dogmatil 50mg
20 Gélules
P.P.V : 32DH90
6 118000 061199

0
Dogmatil 50mg
20 Gélules
P.P.V : 32DH90
6 118000 061199

TRE-ZEN® 20mg
Chlorhydrate de paroxétine

30 comprimés
pelliculés sécables

6 118000 041467

139,20

PPV 130DH20
PER 06/24
LOT L1149

TRE-ZEN® 20mg
Chlorhydrate de paroxétine

30 comprimés
pelliculés sécables

6 118000 041467

130,20

PPV 130DH20
PER 06/24
LOT L1149

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés
dispersibles

LOT 16065 2
EXP 09 2023
PPV 23DH80

LUI 212670 1
EXP 10 2024
PPV 35.70

LUF 213474 1
EXP 12 2024
PPV 35.70