

# 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

**Déclaration de Maladie**

M22- N° 003728

180435

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2673

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ISAADAN DAWRA

Date de naissance : 27/05/1953

Adresse : 127 BE tattouyaout 3<sup>e</sup> étage

N° 4 CASABLANCA

Tél. : 0663355111 Total des frais engagés : 1650 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/06/2022

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Allié(e) parent

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

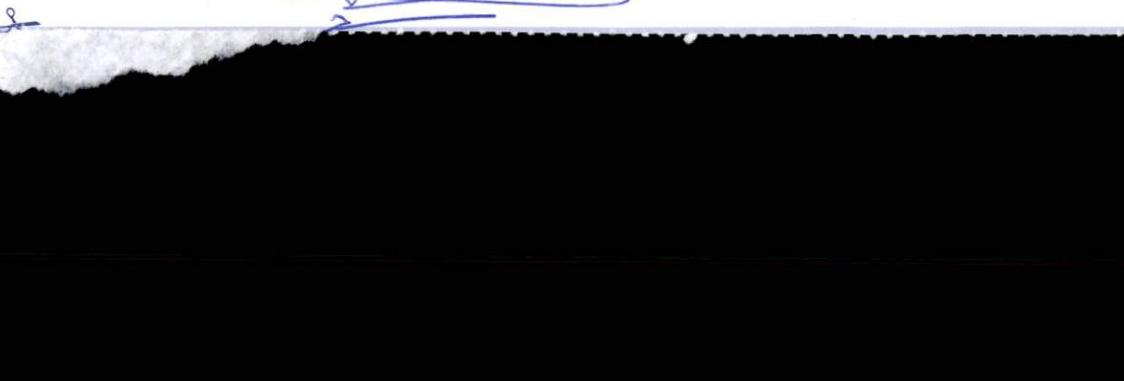
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 27/06/22

Signature de l'adhérent(e) :



## 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
25.07.2022		15	300,00	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10	660109
	05	
	2022	

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	27/11/2022	Z-72	640,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

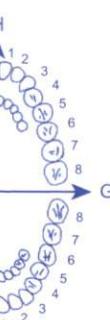
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **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 l'ODF.

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**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

10/05/2022

**الدكتور عزيز شفيق**  
اختصاصي في جراحة الدماغ  
والجهاز العصبي والعمود الفقري

خريج كلية الطب بباريس  
جراح سابقًا بالمستشفى الجامعي بيستر (باريس)

بالموعد

  
**Dr. Aziz Chafiq**  
 51 Bd. Rahal El Meskini - Casablanca  
 Tel.: 0522.54.02.60  
 22010 x 3  
 66010

الدار البيضاء، في .....  
 Dr. Aziz Chafiq  
 51 Bd. Rahal El Meskini - Casablanca  
 Tel.: 0522.54.02.60  
 le mat

10/05/2022

**DUOFLEX 30 GELULES**

LOT : 220001

PER : 01/2025

PRIX : 220 DH

**DUOFLEX 30 GELULES**

LOT : 220001

PER : 01/2025

PRIX : 220 DH

**DUOFLEX 30 GELULES**

LOT : 210004

PER : 10/2024

PRIX : 220 DH

بني - إقامة الصفار رقم 19 - الدار البيضاء

51, Bd. Rahal El Meskini - Résidence ESSAFA

Téléphone : 05.22.54.02.60 / 05.22.44.31.7

**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 ..... *Leyton* ..... الدار البيضاء، في

**الدكتور عزيز شفيق**

اختصاصي في جراحة الدماغ  
والجهاز العصبي والعمود الفقري

خريج كلية الطب بباريس

جراح سابق بالمستشفى الجامعي بيستر (باريس)

**بالموعد**

*Leyton*

*M. Mayzen BOVRACHT  
Abdenabi*

*Rx temps donné et cont  
face et*



*Etude d'une atteinte  
solotyper avec  
lombalgia*

51 ، شارع رحال المسكنى - إقامة الصفار رقم 19 - الدار البيضاء

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

Téléphone : 05.22.54.02.60 / 05.22.44.31.77

**M U P R A S**

N° Admission : 22004538      N° Facture : 22004403 Date facturati 28/04/2022

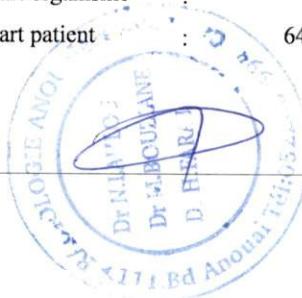
Nom et prénom du patient : Mr **ABDERRAHIM MAMMER EL BOURACHDI**

<b>PRESTATIONS</b>	<b>Nombre</b>	<b>Prix unitaire</b>	<b>Montant</b>
RACHIS COMPLET F+P CASSE 1INC 30X120	1.00	640.00	640.00
		Sous-Total	<b>640.00 DH</b>

arrêtée la présente facture à la somme de :

<b>Six cent quarante dirhams</b>	<b>Total</b>	<b>: 640.00DH</b>
----------------------------------	--------------	-------------------

Adhérent :	Part organisme	0.00 DH
Mle :	Part patient	640.00 DH
PC N° :		



Casablanca, le 27 Avril 2022

**DR. A. CHAFIQ**

**MR. ABDERRAHIM MAMMER EL BOURACHDI**

**COMPTE RENDU**

**RADIOGRAPHIE DU RACHIS DORSO-LOMBAIRE FACE ET PROFIL**

- Déviation scoliotique lombaire à convexité gauche, avec angle de COBB mesuré à 55° entre le plateau supérieur de L1 et le plateau inférieur de L5.
- Remaniements arthrosiques étagés avec pincement discal L1-L2.

**DR A. BELHAJ SOULAMI**

Dr. Belhaj Soulami Aïdolilah  
Médecin Radiologue