

# 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.

**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

M22- 0057409 *A7641*

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *3180* Société : *Ram*

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : *SABIRI Said*

Date de naissance : *05.11.52*

Adresse : *64 Rue Elzeizafourne CHA*

Tél. : *8666 8181 24* Total des frais engagés : *731,00* Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *08.08.2023*

Nom et prénom du malade : *SABIRI Said* Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : *Nanoly*

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☒ ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

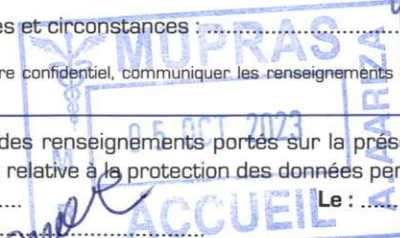
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : *ASA* Le : *08/08/2023*

Signature de l'adhérent(e) : *Said Sabiri*

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





# RELEVÉ 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
08/08/2023		1	386,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE CHAHRAZAD CASABLANCA</b> 158, Rue Ezzohour Mers Sultan Casablanca - Tel. 05 22 81 03 35 Tél : 001847825000073	08/08/2023	381,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

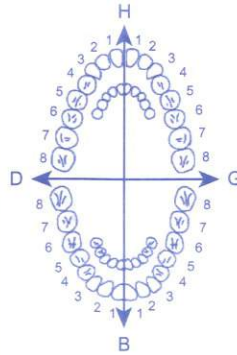
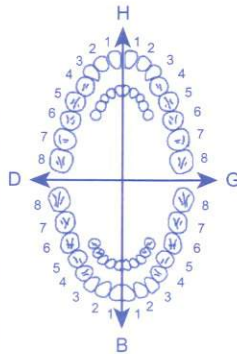
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET 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

# الدكتور عزيز شفيق

اختصاصي في جراح دماغ  
و الجهاز العصبي و العمود الفقري

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

بالموعد

Casablanca, le

08/08/2023 في الدار البيضاء

PHARMACIE  
CHAHRAZAD CASABLANCA  
158, Rue Ezzohour Mers Sultan  
Casablanca - Tel. 05 22 81 03 35  
ICE : 0018478250000093

M. SAAD R. A.D.  
209108123



Handwritten notes and signatures including:  
11.1324002  
gobline 25  
1x 2/2098  
2880x21  
21  
LOT 230692 1  
EXP 02 2025  
PPV 132.90 DH  
Voie orale

PHARMACIE  
CHAHRAZAD CASABLANCA  
158, Rue Ezzohour Mers Sultan  
Casablanca - Tel. 05 22 81 03 35  
ICE : 0018478250000093

Dr. AZIZ CHAFIQ  
Neurochirurgien  
51, Bd. Rahal El Meskini - Casablanca  
Tél. 0522 54 02 69

LOT 231395  
EXP 04 2025  
PPV 132.90 DH  
56

51, شارع رحال المسكيني - إقامة الصفا - رقم 19 - الدار البيضاء  
51, Bd. Rahal El Meskini - Résidence ESSAFA - N° 19 - CASABLANCA  
الهاتف : 05 22 54 02 60 / 05 22 44 31 77

٦  
فيتانفريل قوي  
بنفوتيامين 100 ملغ

28,80

٦  
فيتانفريل قوي  
بنفوتيامين 100 ملغ

28,80

30  
جبة ملبسة  
عن طريق القم

PPV

LOT

PER

بنفوتيامين 100 ملغ

30  
جبة ملبسة

عن طريق القم

PPV

LOT

PER

بنفوتيامين 100 ملغ

30  
جبة ملبسة

عن طريق القم

PPV

LOT

PER

28,80

28,80