

## 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

- Reclamation : 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

N° W21-815471

189095



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 09558	Société : RAI		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : JAFAR HAFID			
Date de naissance : 24/12/1969			
Adresse : VILLA ECA 6 30000 RAI NAKHL SUD			
Tél. : 0661702760 Total des frais engagés : 695,70 DHS			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Dr. Chakib EL OUAFI NEURO PSYCHIATRE AMITAF, Appt.7, 2ème Etage Bd. Yacoub El Mansour Guéliz - Marrakech			
Date de consultation : Tel: 05 24 43 27 55 / GSM : 06 61 34 23 47			
Nom et prénom du malade : AP + EDD BONBATOU My Age: 47			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : AP + EDD			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous 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 : MARRAKECH Le : 09/10/2023  
Signature de l'adhérent(e) : JAFAR

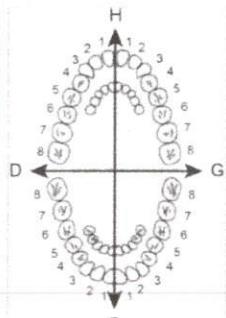
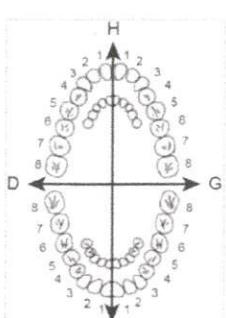


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
06/05/2023	G3		400,00	<p>INP : 1234567890</p> <p>Chakib EL OUAN</p> <p>EURO PSYCHIATRE</p> <p>TAF, Appt. 7, 1<sup>ère</sup> Etage Bd.</p> <p>El Mansour - Gueliz - Marrakech</p> <p>+43 24 55 / GSM : 06 61 34 23 47</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA PROVINCE Mme Zohra SANHAJI Route de Fes Ait Benhaddou - Marrakech Tél : 05 24 30 04 31 / Fax : 05 24 31 04 50 INPI : 072038219 / ICE : 001820080000077	04/10/23	295,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES		
Signature du Laboratoire	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LOT : 1111924 EXP : 11/24 PPV : 101DH00	PPY : 34DH70 PEI : 07/25 LOT : L2572	

Uniquement sur ordonnance		
ESPECTER LES DOSES PRESCRITES		
Montant détaillé des Honoraires	IM	IV
PPV : 70,00 DH		
LOT : 552556		
PER : 08/27		

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<p><b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.</p>																
<p>SOINS DENTAIRES</p> 	<p>Dents Traitées</p>	<p>Nature des Soins</p>	<p>Coefficient</p>	INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> 																
<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <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>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>																
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>																

Docteur Chakib ELOUAFI

NEURO-PSYCHIATRE

Ancien Psychiatre à l'hôpital

AR-RAZI de SALE

Ancien Médecin à l'hôpital des

Spécialités de RABAT

Ancien Psychiatre à l'hôpital Militaire

Avicenne de MARRAKECH



الدكتور شكيب الوافي

اختصاصي في الأمراض النفسية  
والراس والأعصاب

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي الرازي بسلا  
طبيب سابق بمستشفى الاختصاصات بارباط  
معالج نفسي سابق بالمستشفى العسكري  
ابن سينا بمراكش

Marrakech, le 04 OCT. 2023 مراكش، في

BENBATOUL - Anal

04 OCT. 2023

101,00 1 - Valox 75

2

1 g. hub A517

81,90 2 - Ispenid 1mg

2

1cp A517

34,70 3 - Zepam 6

2

1/2 cp A517

28,10 4 - Lamictal 25

2

1cp A517

295,90

Dr Chakib EL OUAFI

NEUROPSYCHIATRE

AMITAF, App.7, 2ème Etage Bd.

Yaacoub El Mansour Guéliz - Marrakech

Tél : 05 24 43 27 55 / GSM : 06 61 34 23 47

III de un mois

Dr. Chakib EL OUAFI

NEUROPSYCHIATRE

AMITAF, App.7, 2ème Etage Bd.

Yaacoub El Mansour Guéliz - Marrakech

Tél : 05 24 43 27 55 / GSM : 06 61 34 23 47

عمارة أميطاف ملتقى شارع يعقوب العطشور و زهرة لينان الطابق الثاني شقة رقم 7 جليز مراكش (أمام فندق "الكبير")  
الهاتف/fax: 05.24.43.27.555

ch.elouafi@gmail.com

Imm.AMITAF,Angle Bd. Yaacoub El Mansour et Rue LOUBNANE 2ème Etage App.7 Guéliz-Marrakech

(en Face d'hôtel "ALKABIR")

Tél./Fax: 05.24.43.27.55 - E-MAIL: ch.elouafi@gmail.com

ICE:001695331000072 / INP(E):071059216

462

06 61 34 23 47