

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

MD
203084

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule :	0836	Société :
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom :		
Nom & Prénom : <i>WALALESSINE</i> 2014721		
Date de naissance :		
Date de naissance : 01.01.1943		
Adresse :		
Adresse : 164 RUE M. IDRIS EL AZHAR - BERRICH		
Tél. :	06.41.44.46.65	Total des frais engagés : 604,10 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
DR. AZIZ CHAFI Neurochirurgien 51 Bd Rachid El Meskini - Casablanca TEL : 05 22 54 02 69	
Cachet du médecin :	
<i>10/03/2014</i>	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Nom et prénom du malade : <i>WALALESSINE</i> Age : <i>71</i>	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
Nature de la maladie : <i>Maladie</i>	
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 : *24 AVR 2014*

Signature de l'adhérent(e) : *DR. ACCUEIL*



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE 2000 Dr. KADIRI LA LA ZINE 22, Bd. Mahamed V (Pré de la Mosquée OHOA) 3ème étage : Pharmacie_2000	04.03.24	254.10

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

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

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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INP : <input type="checkbox"/>																			
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																			
				MONTANTS DES SOINS																			
				DEBUT D'EXECUTION																			
				FIN D'EXECUTION																			
				ODF PROTHÉSES DENTAIRES 																			
				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	D		G	35533411		11433553	B		
				H	25533412	21433552																	
				D	00000000	00000000																	
				D		G																	
35533411		11433553																					
B																							
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																							
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'EXECUTION																							

PPV: 92 DH 70

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

د. عزيز شفيق

في جراحة الدماغ
عصبي و العمود الفقري

كلية الطب بباريس
تشفي الجامعي بيستر (باريس)

بالموعد

Casablanca, le 04.03.2024 الدار البيضاء، في

92.70

11 Nysent 300 
1g 165 - 100

26.90 x 6
2

1/1 Tensil Fort 
1g x 2 100
100

254.10

Dr. Aziz CHAFIQ
Neurochirurgien
51, Bd Rahal El Meskini - Casablanca
Tél.: 05 22 54 02 60

PPV	28,80
LOT	28,80
PER	
PPV	28,80
LOT	28,80
PER	
PPV	28,80
LOT	28,80
PER	
PPV	28,80
LOT	28,80
PER	
PPV	28,80
LOT	28,80
PER	
PPV	28,80
LOT	28,80
PER	
PPV	28,80
LOT	28,80
PER	

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