

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **Informations 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.

## **Biologie 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.

## **Éducation :**

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](http://www.mupras.com)

**Déclaration de Maladie : N° P19-0017772**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### **Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule : 0389 Société : R.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

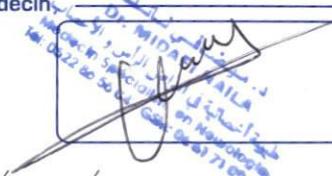
Nom & Prénom : CHATIR HAFID Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0699381101 Total des frais engagés : ..... Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 : 0389

Le : 26/09/2019

Signature de l'adhérent(e) : Chatir

Cherif

### 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
26/09/19	C.S.		500	<i>[Handwritten signature and stamp: Dr. M. CHABABI - Neurologue - Casablanca - Tel: 05 22 37 12 58]</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE CHABABI LAGOUIRA 426 AV. LAGOUIRA CITE DJEMAA TEL: 0522371258</i>	26/09/19	<b>3150,00</b>

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	B	DATE DU DEVIS
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION

**Dr. Naila MIDAFI**

Neurologue

Spécialiste des maladies du cerveau,  
de la moelle épinière, du nerf et du muscle  
Spécialiste des troubles du sommeil

Adulte et enfant

(Epilepsie, Migraine, Vertige, Accès  
cérébraux, maladie d'alzheimer)

Sclérose en plaques, Myopathie

Explorations Electriques

Electroencéphalogramme

Electroneuromyogramme

Distribué par Roche S.A.O  
Bd. Sidi Med Ben Abdellah  
Ivoire 05, Casablanca Marina  
MADOPAR 200/50-100 comprimés  
P.P.V. : 298,00 DH  
6 118001 050697



**الدكتورة نائلة ميدافي**

أخصائية في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

أخصائية في اضطرابات النوم

الكبار والأطفال

أمراض الصداع، آلام الرأس، الدوخة، جلطة الدماغ

مرض الزهير، مرض باركنسون، مرض

المتعدد، أمراض الأعصاب والعضلات

التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكي)

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

**Mr CHATIR Hamid**

298,00 + 3

1 MADOPAR 250

3/4 comprimé à 8h - 11h - 14h - 17h - 1/2 cp 21h pendant 3 mois

A prendre 1h avant le repas

96,00 + 3

2 PRISDAL 0,5

1 Cp le soir pendant 3 mois

506,00 + 3

3 DONZEP 10

1 cp le soir pendant 3 mois

126,00 + 3

4 NO-DEP 50 MG

1 Cp le matin pendant 3 mois

PHARMACIE CHABABI SARLAU  
MICHAABI B.  
426 AV. LAGOUIRA CITE DJEMAA  
CASABLANCA TEL: 05 22 37 12 58  
ICE: 001834959000021

3150,00

Distribué par Roche S.A.O

Bd. Sidi Med Ben Abdellah

Ivoire 05, Casablanca Marina

MADOPAR 200/50-100 comprimés

P.P.V. : 298,00 DH

6 118001 050697

26.09.2019

Distribué par Roche S.A.O

Bd. Sidi Med Ben Abdellah

Ivoire 05, Casablanca Marina

MADOPAR 200/50-100 comprimés

P.P.V. : 298,00 DH

6 118001 050697

30 comprimés sécable

LOT: 241 PER: AVR PPV: 126 DH 80

LOT: 241 PER: AVR PPV: 126 DH 80  
sécable

30 Compr. sécable  
LOT: 241 PER: AVR PPV: 126 DH 80

**Sur Rendez-vous**

مجمع المراجح: ملتقي شارع أنوال وشارع عبد المومن، الطابق الثاني، رقم 26 ، الدار البيضاء

Al Miraj Center : Angle Bd. Anoual et Bd Abdelmoumen - 2<sup>ème</sup> Etage N°26 - Casablanca

Tél : 05 22 86 56 04 - الهاتف: GSM : 06 61 71 09 33 - المحمول: E-mail: nmidafi@gmail.com

LOT 901133 ٧  
EXP 03 2022  
PPV 506.00 DH

LOT 901133 ٧  
EXP 03 2022  
PPV 506.00 DH

LOT 901133 ٧  
EXP 03 2022  
PPV 506.00 DH



LOT 0901328  
EXP 02/22  
PPV 900H00

ملابس

LOT 0901328  
EXP 02/22  
PPV 900H00

ملابس

LOT 0901328  
EXP 02/22  
PPV 900H00