

# 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.

## 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.

## 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.

## taire :

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.

## adie 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

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

35289

**Déclaration de Maladie : N° P19-0019308**

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5515 Société : RAM

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom : EL KAFIR Othmane

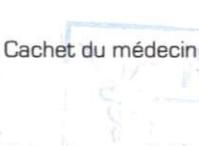
Date de naissance :

Adresse : 712 Aboellah N13 R 262 CASA

Tél. : 0661091160 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

 Dr. Mohammed CHAFIQ  
**NEUROLOGUE**  
Centre médical Sidi Othmane  
3ème étage, Place de la Préfecture  
Avenue 10 Mars, sidi Othmane  
Tél: 0522 37 41 63 - CASA

Date de consultation : 10/02/2011

Nom et prénom du malade : EL KAFIR Othmane KHAOUIJA Age : 53

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Paralysie

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 : .....

Le : ..... / ..... / .....

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
28/7/16	Ca	1	25014	Dr. Mohammed YOUSSEF OTHMAN Centre Médical Sidi Othman 10 Mars, Sidi Othman 22 37 4163-CASA
8/8/16				

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE JA 59, Boulevard Sefrou - An Choua Hay Moulay Abdellah Sidi El Hachemi Casablanca	29/17/20	1730,00

## **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	
		.....				.....
		.....				.....
		.....				.....
		.....				.....
		.....				.....

## 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'exploration.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				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'EX

- Ex attaché au C.H.U. IBN ROCHD
- Spécialiste des maladies du système nerveux, du Muscle et de la colonne vertébrale
- Epilepsie
- Electroencephalographie (EEG)
- Electroneuromyographie (EMG)

طبيب ملحق سابق بمستشفى ابن رشد  
اختصاصي في أمراض الجهاز العصبي والعضلي والجهاز الفقري  
مرض الصرع  
التخطيط الكهربائي للدماغ  
التخطيط الكهربائي للأعصاب والدماغ

Sur RDV

بالموعد

PHARMACIE SIDI OTHMAN  
259, Boulevard ESSAÏD  
Jamal, Casablanca, le 29/7/2020  
Tél: 0522 27 81 26 - Casablanca

الدار البيضاء في 29/7/2020

El khenza I Chafiq

298.000₾

M 08/09/20

S.V

1000

1. 1. 1

60.000₾ 29/7/20

S.V

600

1 CP/CH

1730.00

600

Dr. Mohammed CHAFIQ  
NEUROLOGUE  
Centre médical Sidi Othman  
3ème étage Place de la Préfecture  
Avenue 10 Mars, sidi Othmane  
Tél: 0522 37 41 63 - CASA

شارع 10 مارس، ساحة العمالة، الطابق الثالث المركز الطبي (قرب أسيما) سيدى عثمان. البيضاء  
BD, 10 Mars, Place de la préfecture, 3ème étage, Centre médical - SIDI OTHMAN - CASA  
Fixe : 05 22 37 41 63 - Mobile : 06 65 10 46 10 - المحمول : 05 22 37 41 63

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



6 118001 050697

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



6 118001 050697

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



6 118001 050697

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



6 118001 050697

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



6 118001 050697



PPV: 60DH00

Respecter les doses prescrites  
يجب احترام الجرعات المحددة  
UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE  
Tableau C (liste II)



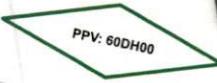
PPV: 60DH00

Respecter les doses prescrites  
يجب احترام الجرعات المحددة  
UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE  
Tableau C (liste II)



PPV: 60DH00

Respecter les doses prescrites  
يجب احترام الجرعات المحددة  
UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE  
Tableau C (liste II)



PPV: 60DH00

Respecter les doses prescrites  
يجب احترام الجرعات المحددة  
UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE  
Tableau C (liste II)