

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0046935

160067

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 02189 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MAATOUQUI Mohamed

Date de naissance : 1956 CASA

Adresse : G.T Rue 105 N°6 OULFA CASA

Tél. : 06.64.02.27.30 Total des frais engagés : 979.40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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

En date à : 05/04/2023 Le : 05/04/2023

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.

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	514 2023	979,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

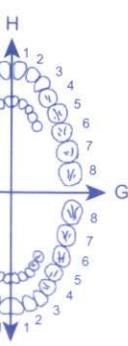
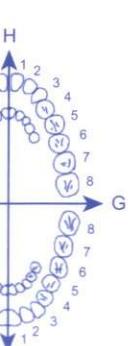
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'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 COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412 21433552 D 00000000 00000000 B 00000000 00000000 35533411 11433553	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		(Création, remont, adjonction) 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"/>

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT 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, Accidents vasculaires
cérébraux, maladie d'alzheimer, Maladie de parkinson,
Sclérose en plaques, Myopathies, Neuropathies

Explorations Electroneurophysiologiques
Electroencéphalogramme (EEG)
Electroneuromyogramme (EMG)



الدكتورة نائلة ميضاطي

أخصائية في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

أخصائية في إضطرابات النوم

الكبار والأطفال

(أمراض الصرع، آلام الرأس، الدوخة، جلطة الدماغ

مرض الزهير، مرض باركنسون، مرض التصلب

المتعدد، أمراض الأعصاب والعضلات

(التحفيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)

(التحفيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

Casablanca, le :

05.04.2023

Mr MAATOUQUI Mohamed



1 DONZEP 10

1 cp le soir pendant 3 mois



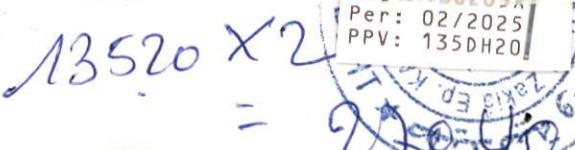
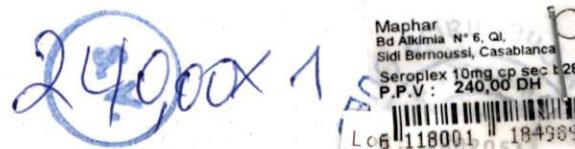
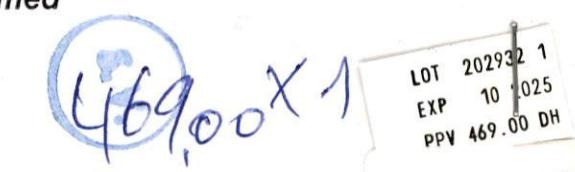
2 SEROPLEX

1 Cp le matin pendant 3 mois



3 MEMANTINE GT 10 MG

1 cp le matin pendant 3 mois



Lot: 1P0205A
Per: 02/2025
PPV: 135DH20



949,40

Sur Rendez-vous

مجمع المعرج : ملتقي شارع أنوال و شارع عبد المؤمن، الطابق الثاني، رقم 26 ، الدار البيضاء

Al Miaraj Center : Angle Bd. Anoual et Bd Abdelmoumen, 2^{ème} Etage, N°26 - Casablanca

Station Tramway Abdelmoumen (ligne 1) / Station Tramway Anoual (ligne 2)

Tél : 0522 86 56 04 - GSM : 0661 71 09 33 - Whatsapp : 06 69 73 56 40 - E-mail : nmidafi@gmail.com



PHARMACIE OUED BEHT(OB PHARMA)

2 BD OUED BEHT BLOC B EL OULFA

R.C :250415

Patente:37986873

T.V.A :40456596

C.N.S.S:2026351

Tél :0522 90 51 03

Le 05/04/2023

FACTURE N°719162

N° ICE : 000198418000024

MR MAATOUQUI MOHAMED

N° IF : 40456596

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	MONTANT TTC	Dont TVA	% Taux
1	DONZEP 10MG BTE 28	469,00	469,00	30,68	7,00
1	SEROPLEX 10MG BTE 28	240,00	240,00	15,70	7,00
2	MEMANTINE GT 10MG/28CPS	135,20	270,40	17,69	7,00



TOTAL T.T.C :

979,40

Nbr Articles	TVA 7% Base :	979,40	Montant :	64,07	TVA 20% Base :		Montant
--------------	---------------	--------	-----------	-------	----------------	--	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :
Neuf Cent Soixante-dix Neuf Dirhams et 40 centimes.