

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

## tions 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.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## ntaire :

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

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° P19-0048225

Optique 109016  Autres

Maladie  Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : **1788** Société : **RAM**

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : **HOUMANE EL MASTAGNA**

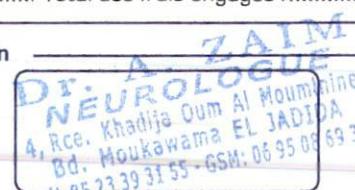
Date de naissance : **26.12.1952**

Adresse : **115 - Boul. Sidi Moulay**

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

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **11 MARS 2022**

Nom et prénom du malade : **HOUMANE EL MASTAGNA** ..... Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **Alzheimer**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **Accident**

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 : **CCSA**

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **11/03/2022**

#### RELEVÉ 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
11 MARS 2022	G	✓	250 mt	<i>Dr. Nabil Al Mounjide Al Mounjide Clinic - El Jadida T: 0525 655 655 - GSM: 06 95 08 69 33</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL FATH Dr. Omar EL FATHI 83, AV. Mad Errafiq EL JADIDA TEL: 023 34 1006	11/3/22	3186.20

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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 b

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

### **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISÉ ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

# CABINET MEDICAL DE NEUROLOGIE

**Dr Abdelhaq ZAIM**

NEUROLOGUE

Maladies du Système Nerveux

Musculaire et Epilepsie

Electroencéphalogramme (EEG)

Electroneuromyogramme (ENMG)

**الدكتور عبد الحق زعيم**

أخصائي في أمراض

الجهاز العصبي العضلي والعمود الفقري

الصرع

التخدير الكهربائي للدماغ

التخدير الكهربائي للأعصاب والعضلات

El Jadida, le:

11 MARS 2022

المجدة، في :

HOMME  
EL JADIDA



11 Djezzy 10  
506,00 x 6  
19.1 1 mth

12 ALMAN TN 10  
150,20  
3186120  
Dr. A. NEUROLOGUE  
1/ce. Khadija Oum Al Mouminine  
41, Moukawama EL JADIDA  
0523393155 - GSM: 0695086933



PHARMACIE AL FATH  
Dr. Omar EL FATHI  
Dr. Abderrahim EL JADIDA  
0523393155 - GSM: 0695086933

03 mth

15/06/2022

Rendez-Vous le :

الموعد في :

4. شارع المقاومة - إقامة خديجة أم المؤمنين - الجديدة - الهاتف : 05 23 39 31 55 - المحمول : 06 95 08 69 33  
4, Av. Al Moukawama - Résidence Khadija Oum al mouminine - EL JADIDA - Tél. : 05 23 39 31 55 - GSM : 06 95 08 69 33



**Composition:**  
Donépézil ..... 10mg.  
(sous forme de chlorhydrate).  
Excipients q.s.p un comprimé pelliculé.  
**Excipient à effet notoire:** lactose  
indications, Contre-indications, Posologie  
& Précautions d'emploi : lire la notice à l'intérieur  
A conserver à une température inférieure à 25°C.  
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

PPV: 506 DH 00

يحفظ في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية.  
يحفظ به بعيدا عن مرأى ومتناول الأطفال.



.....  
10mg.  
chlorhydrate).  
un comprimé pelliculé.  
**notoire:** lactose  
indications, Posologie  
emploi : lire la notice à l'intérieur  
température inférieure à 25°C.  
portée et de la vue des enfants.

PPV: 506 DH 00

يحفظ في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية.  
يحفظ به بعيدا عن مرأى ومتناول الأطفال.



.....10mg.  
chlorhydrate).  
un comprimé pelliculé.  
**notoire:** lactose  
indications, Posologie  
emploi : lire la notice à l'intérieur  
température inférieure à 25°C.  
portée et de la vue des enfants.

PPV: 506 DH 00

يحفظ في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية.  
يحفظ به بعيدا عن مرأى ومتناول الأطفال.



.....  
l'intérieur  
à 25°C.  
enfants.

PPV: 506 DH 00

يحفظ في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية.  
يحفظ به بعيدا عن مرأى ومتناول الأطفال.



.....10mg.  
chlorhydrate).  
un comprimé pelliculé.  
**notoire:** lactose  
indications, Posologie  
emploi : lire la notice à l'intérieur  
température inférieure à 25°C.  
portée et de la vue des enfants.

PPV: 506 DH 00

يحفظ في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية.  
يحفظ به بعيدا عن مرأى ومتناول الأطفال.



.....10mg.  
hydrate).  
imprimé pelliculé.  
**notoire:** lactose  
indications, Posologie  
emploi : lire la notice à l'intérieur  
température inférieure à 25°C.  
et de la vue des enfants.

PPV: 506 DH 00

يحفظ في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية.  
يحفظ به بعيدا عن مرأى ومتناول الأطفال.

LOT 211285  
EXP 05 2025  
PPV 92 00

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	
Matricule :	N° CIN :
Adresse :	
Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne : <i>Dr Zaim A</i>	Spécialité : <i>Neurologue</i>
N° ICE : <i>00181 285800 0004</i>	N° INPE : <i>111053633</i>
Certifie que Mlle, Mme, M. : <i>Houmane El DOSTAFI</i>	
Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input checked="" type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> A vie	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :  <i>St Demath. C</i> <i>Trig Vur C1</i>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit :  <i>Dopézyl 10</i> <i>ALMANT 10</i>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables Fait à : <i>El Jadida</i> le / <i>11 MARS 2022</i>	
Cachet et signature du médecin traitant :   <b>Dr. Abdelhaq ZAIM NEUROLOGUE</b> 4, Rce Khadija Oum Al Moumine Bd. ALMOUKAWAMA ELJADIDA Tél: 05 23 39 31 55	

\*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées