

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 canaux, 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 canaux.

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- 0011118

123791

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1489 Société : R A M

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Moustaci Moulani

Date de naissance : 1950

Adresse :

Tél. : 0667132430 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
10/05/2022	PHARMACIE ADDIAN 16-18, rue 3 Addida UpChock, case 022 So. 75.12	241,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

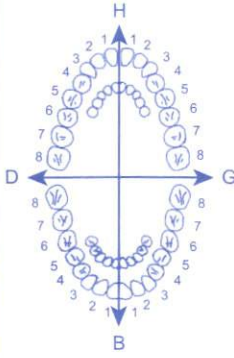
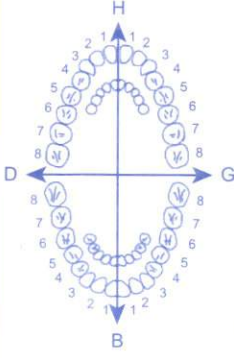
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODE.

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 <table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur CHOURKANI Najat

Neurologue

Spécialiste des maladies du cerveau
de la moelle épinière,
du nerf et du muscle (Adulte et enfant)

(Epilepsie, Migraine, Vertige, Accidents vasculaires
Cérébraux, Maladie d'Alzheimer, Maladies de Parkinson,
Sclérose en Plaques, Myopathie, Neuropathies)
DIU Electroencéphalogramme (EEG)
DIU Electroneuromyogramme (EMG)



الدكتورة شركاني نجاة

أخصائية في أمراض الدماغ والأعصاب
والعمود الفقري والعضلات (الكبار و الأطفال)

(أمراض الصرع، آلام الرأس، الدوخة، جلطة الدماغ،
مرض الزهايمر، مرض البركنسون، مرض التصلب
المتعدد، أمراض الأعصاب والعضلات)
التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)
التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

10/05/2022

Casablanca, Le : في الدار البيضاء

Mr MOSTAOUI MOULOUD

1 - Dopezil ranbaxy 5 mg

1 Comprimé le matin

2 - Almantin 10 mg

1 Comprimé le soir

3 - Tunneluz 20 mg

1 Gélule le matin

4 - nootropyl sirop

1 dose de 800 *3 / jour

5 - Prisdal 0.5

1 comprimé le soir

328,00

189,10

56,16
x 4

Traitement Continu
de :
Renouvelable
741,50

PHARMACIE
16-18 Rue 2 Addjar Al Jadida
Via Check-Casa-022-50.75.19

Dr. CHOURKANI Najat
Neurologue (EEG - EMG)
Rue Aboubakr El Kadiri Résidence Naim
Imm. N° 5 Apt. 7 Sidi Maârouf
Casablanca - Tél.: 05 22 78 44 77

PHARMACIE ADDIAR
16-18 Rue 2 Addjar Al Jadida
Via Check-Casa-022-50.75.19

Bd. Abou Bakr El Kadiri, Résidence Naim, Imm, N° 5 Apt 7, 2^{ème} Etage - Sidi Maârouf - Casablanca
شارع أبو بكر القادري، إقامة النعيم، عمارة رقم 5 الشقة رقم 7، الطابق الثاني - سيدي معروف - الدار البيضاء

Tél. : 05 22 78 44 77 - Gsm : 06 61 82 69 18 - Email : naj.chourkani@gmail.com

25 دجاجة موزونة
 25 دجاجة موزونة
 25 دجاجة موزونة

NIVEAU 2

PPV: 328 DH 00

TUNELUZ® 20 mg
 30 Gélules

LOT 221031
 EXP 12/24
 PPV 189DH1

6 118000 070863

5610

5610

5610

5610