

# 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.



9492

126172

Déclaration de Maladie : N° P19- 0004481

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9492 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HOREY Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/07/2023

Nom et prénom du malade : CHOUICKH Latifa Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection neurologique

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) :

## 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



# 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
19/07/2022	CS		360,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/07/22	1241,70

# 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

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
19/07/2022	CS		360,00	

# SOINS DENTAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
19/07/2022	CS		360,00	

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
19/07/2022	CS		360,00	

# VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
19/07/2022	CS		360,00	

# SOINS DENTAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
19/07/2022	CS		360,00	

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
19/07/2022	CS		360,00	

# VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Naila MIDAFA**

**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 مضافي**

أخصائية في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

أخصائية في اضطرابات النوم

الكبار والأطفال

(أمراض الصرع، آلام الرأس، الدوخة، جلطة الدماغ)

مرض الزهايمر، مرض باركنسون، مرض التصلب

المتعدد، أمراض الأعصاب والعضلات

التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

Casablanca, le :

**19.07.2022**

**Mme CHOUIEKH Latifa**

**1 NERVAX 75**

1 cp le soir pendant 2 jours  
puis 1 cp matin et soir pendant 2 jours  
puis matin; midi et soir pendant 2 mois

**2 ACETHIO**

1 cp matin midi et soir pendant 10 jours

**3 DOLTRAM**

1 CP EN CAS DE DOULEURS

**4 BECIDOUZE**

1 Cp matin et soir pendant 2 mois

**5 LAROXYL 40 mg/ml sol buv : Fl cpte-gttes/20ml**

3 gouttes le soir , pendant 5 jours  
puis 5 gouttes le soir , pendant 5 jours  
puis 10 gouttes le soir , pendant 2 mois

**Sur Rendez-vous**

مجمع المعراج : ملتقى شارع أنوال و شارع عبد المومن ، رقم 26 ، الدار البيضاء

Al Miraraj Center : Angle Bd Abdelmoumen et Bd Abdelmoumen, 2<sup>ème</sup> Etage, N°26 - Casablanca

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

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



AMM N°: 160/16 DMP/21/NNP

N° Lot: 1PK130

Fab.: 08/2021

Per.: 08/2023

PPV: 273,00 Dhs

AMM N°: 160/16 DMP/21/NNP

N° Lot: 1PK130

Fab.: 08/2021

Per.: 08/2023

PPV: 273,00 Dhs

AMM N°: 160/16 DMP/21/NNP

N° Lot: 1PK130

Fab.: 08/2021

Per.: 08/2023

PPV: 273,00 Dhs

Laroxyl®  
Amitriptyline

PPV: 39DH80  
PER: 03/25  
LOT: 11283

PPV 30DH00  
PER 03/25  
LOT 11146

30,00

P.P.V : 37,00  
LOT :  
EXP :