

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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

126763

Déclaration de Maladie : N° P19- 0005661

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02189

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MAATOUQUE

Date de naissance : 1956

Adresse : 9 T Rue 105 N° 6 OULAN GNA

Tél. : 0664.02.27.30 Total des frais engagés : 59580 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 :

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 : 08/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet de Pharmacien ou du Commissaire	Date	Montant de la Facture
	8/8 2022	595,80

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

(Création, remont, adjonction)

The diagram shows a 12x12 grid of 144 circles, centered at the origin (0,0). The grid is labeled with numbers 1 through 8 and letters D, H, G, and B. The grid is centered at the origin (0,0).

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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 08/08/2022

FACTURE N°700803

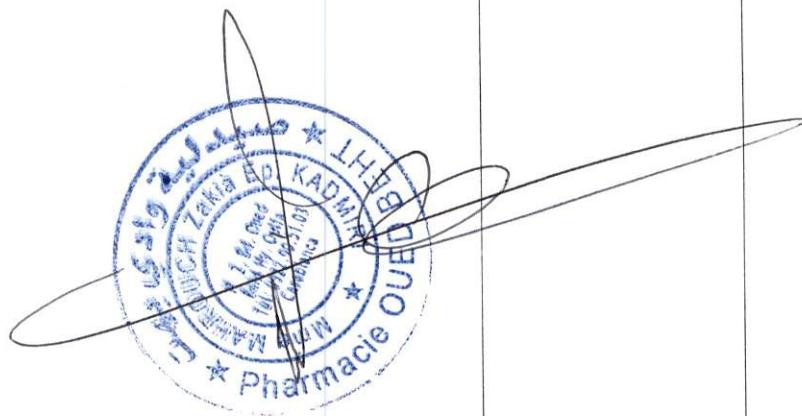
N° ICE : 000198418000024

N° IF : 40456596

MAATOUQUI MOHAMED

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	DONZEP 10MG BTE 28	469,00	469,00	30,68	7,00
1	NO-DEP 50 MG BTE 30	126,80	126,80	8,30	7,00



TOTAL T.T.C :

595,80

Nbr Articles	TVA 7% Base :	595,80	Montant :	38,98	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	--------	-----------	-------	----------------	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :
Cinq Cent Quatre-vingt-quinze Dirhams et 80 centimes.

Dr. Naila MIDAFI
Neurologue



الدكتورة نائلة ميضاfy

احصائية في امراض الدماغ والجهاز العصبي
احصائية في اضطرابات النوم
الكتاب والأطفال

(امراض الصدر، الام الراس، الدوحة، حملة الدماغ
عروس الرهيم، عروس باركيسون، عروس العصب
المتعدد، امراض الاعصاب والعضلات)
التحفيظ الكهربائي للدماغ (الشبكة)
التحفيظ الكهربائي للأعصاب والعضلات

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

Electroencephalogramme (EEG)

Electroneurovogramme (ENG)

Casablanca, le :

09.06.2022

Mr MAATOUQUI Mohamed

1 DONZEP 10

50 6,00

LOT 200838 7
EXP 02 2025
PPV 469.00 DH

1 cp le soir pendant 3 mois

126,80

LOT: 369
PER: JAN 2024
PPV: 126 DH 80

2 NO-DEP 50 MG

632,80

1 Cp le matin pendant 3 mois

=



د. ميضاfy نائلة
Dr. MIDAFI NAILA
طبيب اعصاب وطب الاعصاب
Medecin Spécialiste en Neurologie
Tél: 0522 86 56 04 - GSM: 0661 71 09 33



le 8/8/2022

Sur Rendez-vous

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

Al Miara Center : Angle Bd. Anoual et Bd Abdelmoumen, 2nd 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