

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 ALU :

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02189 Société : RAM 132832

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MAATOUAUI Mohamed

Date de naissance : 1956 CASA

Adresse : G. T Rue 105 N° 6 OULFA
CASABLANCA

Tél. : 0664022730 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/09/2022

Nom et prénom du malade : MAATOUAUI Mohamed 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 : CASA Le : 09/09/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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
09/09/2022	Suties		Gratuit	 Dr. MOUDAFI NAILA طبيبة أخصائية في أمراض العصب الcranien والأعصاب Médecin Spécialiste en Neurologie Tél: 0522 86 50 04 - GSM: 06 61 71 09 33

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourneisseur	Date	Montant de la Facture
	2022/05/15	+ 31,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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'ODE.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

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 ميضاfy

أخصائية في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

أخصائية في إضطرابات النوم

الكبار والأطفال

(أمراض الصرع، آلام الرأس، الدوخة، جلطة الدماغ

مرض الزهير، مرض باركينسون، مرض التصلب

المتعدد، أمراض الأعصاب والعضلات)

التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

Casablanca, le :

09.09.2022

Mr MAATOUQUI Mohamed

LOT 210838 1
EXP 02 2025
PPV 469,00 DH



LOT : 381
PER : AVI 2024
PPV : 126 DH 80

1 DONZEP 10

1 cp le soir pendant 3 mois

2 NO-DEP 50 MG

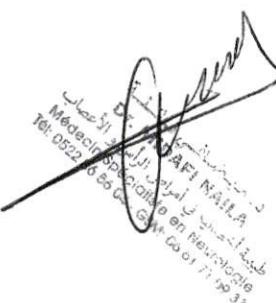
1 Cp le matin pendant 3 mois

3 MEMANTINE GT 10 MG

1/2 cp le matin pendant 7 jours
puis 1 cp le matin pendant 3 mois

Lot: 1J0929A
Per: 10/2024
PPV: 135DH20

135



Sur Rendez-vous

مجمع المعراج: ملتقى شارع أنوال وشارع عبد المؤمن، الطابق الثاني، رقم 26، الدار البيضاء

Al Miara Center : Angle Bd. Anoual et Bd Abdelmoumen, 2^{me} 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

T.V.A :40456596

Patente:37986873

C.N.S.S:2026351

Tél :0522 90 51 03

Le 07/10/2022

FACTURE N°704052

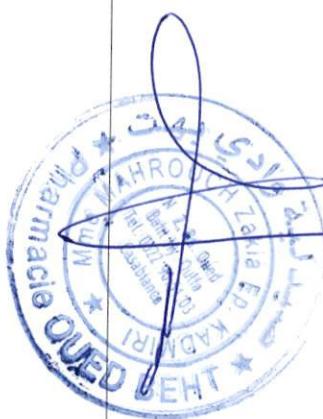
N° ICE : 000198418000024

MAATOUKI MOHAMED

N° IF : 40456596

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	MEMANTINE GT 10MG/28CPS	135,20	135,20	8,84	7,00
1	NO-DEP 50 MG BTE 30	126,80	126,80	8,30	7,00



TOTAL T.T.C :

731,00

Nbr Articles	TVA 7% Base :	731,00	Montant :	47,82	TVA 20% Base :		Montant
--------------	---------------	--------	-----------	-------	----------------	--	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :
Sept Cent Trente Un Dirhams.