

# 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.

## 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

M22- 0008537

Optique *162899*  Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : *5985*

Société : *RAM*

Actif  Pensionné(e)

Autre : *EX AGENCE SAID*

Nom & Prénom : *MOUNA AYAN SAID*

Date de naissance : *26.11.66*

Adresse : *HABITUELLIS*

Tél. : *06 61 17 27 25*

Total des frais engagés : *929,50* Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *04.04.2023*

Nom et prénom du malade : *BouGAMIR Samia* Age : *54*

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : *affection neurologique*

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 : *CHAGA* Le : *4/4/23*

Signature de l'adhérent(e) : *4/4/23*

# RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
04/04 2023	CS		300,00	<i>[Signature]</i> Médecin : Dr. M. [Signature] Télé. 05 22 22 24 60

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Signature]</i> Mme [Signature] Tél. 05 22 22 24 60	04/04/23	629,50

## ANALYSES - RADIographies

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

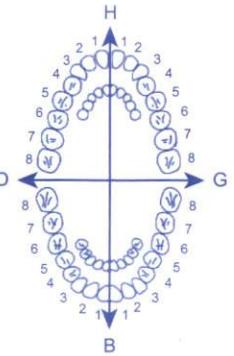
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="text-align: center;">    <b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> </div>

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**Coefficient des travaux**

**Montants des soins**

**Date du devis**

**Date de l'exécution**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Naila MIDAFI**

**Neurologue**

Spécialiste des maladies du cerveau,  
de la moelle épinière, du nerf et du muscle  
Spécialiste des troubles du sommeil

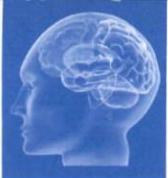
Adulte et enfant

(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 ميدافي**

أخصائية في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

أخصائية في إضطرابات النوم

الكبار والأطفال

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

مرض الزهيرم، مرض باركنسون، مرض التصلب

المتعدد، أمراض الأعصاب والعضلات

التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

Casablanca, le :

**04.04.2023**

**Mme BOUGAMIR Samira**

49.60

**1 D-CURE FORTE 100 000 UI**

1 ampoule par mois pendant 3 mois

79.80x3

**2 VELAXOR 37.5**

1 cp matin pendant 3 mois

113.50x3

**3 MEDIZAPIN 2,5**

1 Cp le soir pendant 3 mois

629.50

507144

507145

5.4

PPV: 49,60 DH  
LOT: 22127  
EXP: 09/2025

LOT 1204903  
EXP 05/25  
PPV 79DH80

LOT 1204903  
EXP 05/25  
PPV 79DH80

LOT 1204903  
EXP 05/25  
PPV 79DH80

LOT : 061  
PER : JUN 2025  
PPV : 113 DH 50

LOT : 060  
PER : AVR 2025  
PPV : 113 DH 50

LOT : 060  
PER : AVR 2025  
PPV : 113 DH 50



## ACHAT

12/04/23 12/24/02  
99001/2835 91/28301

**PHCIE VAL FLEURI**  
Casablanca •

40000000031010

\*\*\*\*\*0832 VISA  
CARTE LOCALE 226-0-9999-1-44

**MONTANT : 629,50 MAD**

Num Transaction : 005  
Num Autorisation : 797976  
SIAN : 002503

HICKEI CLIENT