

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0029556 178 201

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5652 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraite
 Nom & Prénom : SAERI Miloudi
 Date de naissance : 28/01/1962
 Adresse : 40, coop EL KHAFAE Derroua-Benzahid
 Tél : 0668498354 Total des frais : 300 + 589,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 25/09/2023
 Nom et prénom du malade : H.B.S. MING Age :
 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 : CASA Le : 03/10/2023
 Signature de l'adhérent : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
25/09/2023		05	3000	
Dr. MOUTAOUKIL Fettouma Neurologue - Epileptologue - E.E.G Vidéo E.E.G - E.M.G 99, Rue Abou Al Aazhar Quartier des Hôpitaux - Casablanca Tél: 05 22 86 52 80 - I.N.P.: 091031880				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE REGIONALE Dr. Saad BENJELLOUN Im. 94, Lot NAIT N°4-DEROUA Tél: 05 22 51 47 07 INPE: 06 20 74 80	25-09-2023	529,20

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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

Dr Fettuoma MOUTAOUAKIL

Neurologue - Epileptologue

Diplôme européen de Neurologie

Certificat d'Epileptologie et d'EEG - Paris

Certificat de Neuropédiatrie - Bordeaux

الدكتورة فطومة متوكل

اختصاصية في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

اختصاصية في مرض الصرع

الدبلوم الأوروبي في طب الجهاز العصبي

شهادة طب الجهاز العصبي للأطفال - بوردو



CENTRE DE NEUROLOGIE

NEUROPHYSIOLOGIE VESALE

Casablanca le

5/9/2023

Dr. MOUTAOUAKIL Fettuoma
Neurologue - Epileptologue - E.E.G.
Vidéo E.E.G - E.M.G
99, Rue Abou Al Aazhar
Quartier des Hôpitaux - Casablanca
Tél: 0522 86 52 80 - I.N.P: 091031500

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

75.10x6

[Handwritten signature]



LA PHARMACIE REGIONALE
Dr. Saad BENDJOUN
Imm. 94, Lot NAIT N°4-DERODA
Tél: 05 22 51 47 00

①.

LA PHARMACIE REGIONALE
Dr. Saad BENDJOUN
Imm. 94, Lot NAIT N°4-DERODA
Tél: 05 22 51 47 00

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

26.20x3

③.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



T: 529,20



(4) Mide.

De et Re/12000

Dr. MOUTAOUKIL Fettouma
Neurologue - Epileptologue - E.E.G

Vidéo E.E.G - E.M.G
99, Rue Abou Al Aazhar
Quartier des Hôpitaux - Casablanca
Tél: 0522 86.52 86 - Fax: 0910.288

26,20
LOT: 14223 07
PER: 04/21/27
PPV: 26.20 DH

26,20
LOT: 14223 07
PER: 04/21/27
PPV: 26.20 DH

26,20
LOT: 14223 07
PER: 04/21/27
PPV: 26.20 DH

Epyca® 75 mg

Prégabaline
14 gélules
PPV.: 75DH10

PROMOPHARM S.A



6 118001 260690

Epyca® 75 mg

Prégabaline
14 gélules
PPV.: 75DH10

PROMOPHARM S.A



6 118001 260690

Epyca® 75 mg

Prégabaline
14 gélules
PPV.: 75DH10

PROMOPHARM S.A



6 118001 260690

Epyca® 75 mg

Prégabaline
14 gélules
PPV.: 75DH10

PROMOPHARM S.A



6 118001 260690

Epyca® 75 mg

Prégabaline
14 gélules
PPV.: 75DH10

PROMOPHARM S.A



6 118001 260690

Epyca® 75 mg

Prégabaline
14 gélules
PPV.: 75DH10

PROMOPHARM S.A



6 118001 260690