

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

N° M21- 0054821

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1620 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Veuve
Nom & Prénom : SELLANI FATOUHA
Date de naissance : 1950
Adresse : Rue 5 n° 42 Inana 2 Casa
Tél : 0665251557 Total des frais engagés : 2561,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 22/11/2023
Nom et prénom du malade : SELLANI FATOUHA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Parkinson + MA
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 : 22/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
24/11/23	C	1	2311,80	Dr. Mohamed El FIO NEUROLOGUE Centre médical Sidi Ouhmane 3ème étage Place de la Préfecture Avenue Mohammed VI Casablanca - Tél: 05.22.37.41.63 091039685

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ABDELALI Mme. IDRISSE KATOUMI Néjat 42, Bd. Taza Hay My Abdelhamid Casablanca - Tél: 05.22.21.88.84 INPE: 092000798	1/11/2023	2311,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

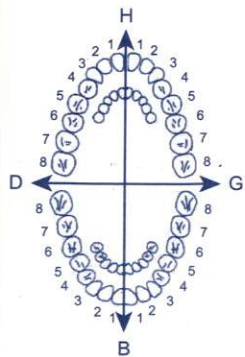
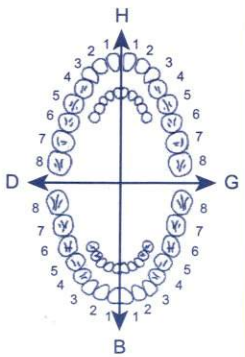
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 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

الدكتور محمد شفيق

◀ طیب ملحق سابق بمستشفى ابن رشد

◀ اختصاصي في أمراض الجهاز العصبي و العضلي و العمود الفقري

◀ مرض الصرع

◀ التخطيط الكهربائي للدماغ

التخطيط الكهربائي للأعصاب و العضلات



22/11/23

129.00 x 3 = 387.00

37100 x 4 = 148400 (S.V) cpl = 4

8380 X3 Account 100 S. 1/2

357-^{x2} Hpy 0.1 1/2 cpl 10 ft

Documentul nr. 5.4 - 6

298⁰⁰ Madhupur 250 7/4 4/5
S.V.
Dr. Mohammed
MOLO

Emis T 23-11-8

Dr. Mohammed CHAFIK
NEUROLOGUE
Centre médical Sidi Othman
3ème étage Place de la Préfecture
Avenue 10 Mars, Sidi Othmane
Tél: 05.22.37.41.63

شارع 10 مارس، ساحة العمالة، الطابق الثالث
PHARMACIE ABDELWAHEB
سيدى عثمان - البيضاء
Driss KALIL
Abdallah Inara II

BD, 10 Mars, Place de la préfecture - Sidi Othman - Casa

المحمول : 06 65 10 46 10 ■ الهاتف : 05 20 37 41 63 - INP : 091039685



PPV 129DH00
PER 03/25
LOT M2693

Alpraz[®] 0,5 mg

28 comprimés sécables



6 118000 020530

PPV 35.70

Alpraz[®] 0,5 mg

28 comprimés sécables



6 118000 020530

EXP 15
PPV 35.70

Distribué par Roche S.A.

Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Ivraie 05, Casablanca Marina
MADOPAR 200/50-100 comprimés
P.P.V. : 298,00 DH



6 118001 050697

PPV 23DH80
EXP 04/2025
LOT 2D006 4

ASKARDIL[®] 160 mg

30 comprimés dispersibles



6 118000 033196

PPV 23DH80
EXP 04/2025

ASKARDIL[®] 160 mg

30 comprimés dispersibles



6 118000 033196

PPV 129DH00
PER 03/25
LOT M2701



6 118000 041467

PPV 23DH80
EXP 04/2025



6 118000 041467

ASKARDIL[®] 160 mg

30 comprimés dispersibles

Maphar
Bd Alklima N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
EBIXA 20MG B28 CP PELL
P.P.V. : 371,00 DH



6 118001 184866

Maphar
Bd Alklima N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
EBIXA 20MG B28 CP PELL
P.P.V. : 371,00 DH



6 118001 184866

Maphar
Bd Alklima N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
EBIXA 20MG B28 CP PELL
P.P.V. : 371,00 DH



6 118001 184866

PPV 129DH00
PER 03/25
LOT M2701



6 118000 041467