

MO Rous Alkhi

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



Déclaration de Maladie

N° W21-825910

187050

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	5985	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	EX. RAM
Nom & Prénom : MOUHAJIR SAID			
Date de naissance : 26.11.66			
Adresse : HABITUELLE			
Télé. : 0661177775	Total des frais engagés : 2847,20 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : BOUAGA NIR Saida Age: 40			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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.

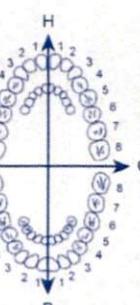
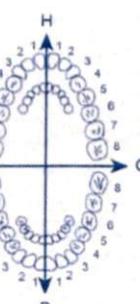
Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL MANAR ASA S.A.R.L Av Mr. di Ben Berkia Bourgogne Casab INPE 892025204	20/03/11 00/03/11	239,40

AUXILIAIRES MEDICAUX					Montant détaillé des Honoraires
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre			
		A M	P C	I M	I V
Dr. H. B. Zehnert 394, Bd. Zehnert Tél: 05 22 27 48 96 - Fax: 05 22 27 48 96					

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	INP : <input type="text"/>																
				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" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
					H	25533412	21433552													
					D	00000000	00000000													
					B	35533411	11433553													
					G															
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																				
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																				
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																				
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																				
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																				

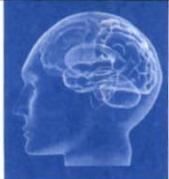
Dr. Naila MIDAFI
Neurologue

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 الصداع، 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 :

03.11.2023

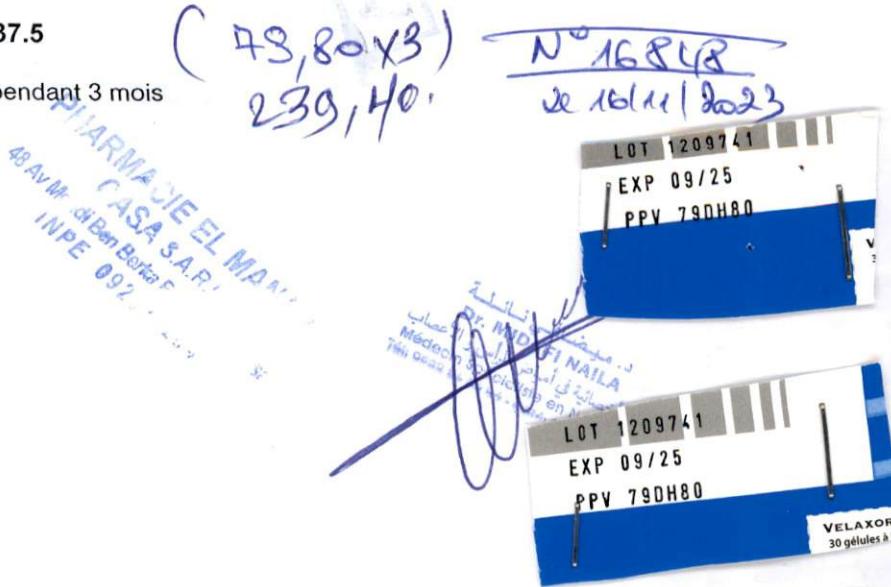
Mme BOUGAMIR Samira

1 D-CURE FORTE 100 000 UI

1 ampoule par mois pendant 3 mois

2 VELAXOR 37.5

1 cp le soir pendant 3 mois



Sur Rendez-vous

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

Al Miaraj Center : Angle Bd. Anoual et Bd Abdelmoumen, 2^{ème} 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

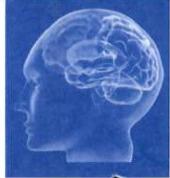
Spécialiste des maladies du cerveau,
de la moelle épinière, du nerf et du muscle
Spécialiste des troubles du sommeil

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، بلطة الدماغ

مرض الزهايمر، مرض باركينسون، مرض التصلب

المتعدد، أمراض الأعصاب والعضلات)

التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

Casablanca, le : **3 Novembre 2023**

Mme BOUGAMIR Samira

- NFS + Plaquettes

- VS

- urée, créat

- GOT, GPT

- Glycémie à jeun

- TSH US

- DOSAGE VIT D

- Cholestérol total- HDL

- LDL- Triglycérides

- Hémoglobine glycosylée

CENTRE DE BIOPACCE DE CASABLANCA
Dr Hicham GUZZANI TOUHAMI
394, El Zemal, Casablanca - Casablanca
Tel: 05 22 21 48 66 - Fax: 05 22 21 49 13

د. ميدافي نائلة
Dr. NAILA MIDAFI
طبيبة / أخصائية في أمراض الدماغ والجهاز العصبي
Médecin / Spécialiste en Neurologie
Tél: 0522 86 04 - GSM: 06 69 73 56 40 - 06 66 71 09 33

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^{ème} 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

Dr BERRADA M.
Radiologue
IF : 1087675

Dr BENYAHIA Z.
Radiologue
Patente: 34770967

ICE 001744959000074

Domiciliation Bancaire: compte n°022 780 000 162 000 500 11 42 74 SGMB Agence Palmiers -MAARIF
Casa, le 01/11/2023



FACTURE

Nom & prénom : Mme. BOUGAMIR SAMIRA
Date d'examen : 01/11/2023

<i>Examens</i>	<i>Honoraires</i>
PRODUIT DE CONTRASTE POUR IRM CEREBRALE	591,00 DHS
Total	591,00 DHS

Arrêté à la somme de :
CINQ CENT QUATRE VINGT ET ONZE DIRHAMS.

CENTRE IRM MAARIF
BERRADA M. BENYAHIA Z.
17, Rue Mohamed Bahi
Tél : 0522 23 23 23
Fax : 0522 25 38 73

Dr BERRADA M.

Radiologue

IF : 1087675

Dr BENYAHIA Z.

Radiologue

Patente: 34770967

ICE 001744959000074

Domiciliation Bancaire: compte n°022 780 000 162 000 500 11 42 74 SGMB Agence Palmiers -MAARIF

Casa le 01/11/2023

ORDONNANCE

Nom & prénom
Date d'examen

: Mme. BOUGAMIR SAMIRA
: 01/11/2023

GADOVISTE 7.5 ML

Dr. BENYAHIA Z.

*CENTRE IRM MAARIF
BERRADA M. BENYAHIA Z.
17, Rue Mohamed Bahi
Tél : 052223.23.12 / 23.79.34 / 25.30.30. Fax: 022 23.77.05
Tél : 052223.23.12
Tél : 052225.38.73*

CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA

394, Boulevard Zerkouni – Résidence le Casablanca – Bourgogne – CASABLANCA
Tél : 0522 27 48 96 – Fax : 0522 27 49 13 – Patente : 35404878 – INP : 093001006
CNSS : 6368949 IF : 51786580- ICE : 002982351000006

FACTURE N° : 231100119

Casablanca le 04-11-2023

Mme BOUGAMIR Samira

Date de l'examen : 04-11-2023

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E15
0111	Créatinine	B30
0106	Cholestérol total	B30
0118	Glycémie	B30
0119	Hémoglobine glycosylée	B100
0110	Cholestérol HDL+ L D L	B80
0216	Numération formule	B80
0134	Triglycérides	B60
0146	Transaminases O (TGO)	B50
0147	Transaminases P (TGP)	B50
0164	TSH us	B250
0135	Urée	B30
0439	Vitamine D	B450
0223	VS	B30
	LDL calculé	B0
	NON HDL calculé	B0

Total des B : 1270

TOTAL DOSSIER : 1716.80 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille sept cent seize dirhams quatre-vingts centimes.

Centre de Biologie de Casablanca
Dr Hicham CHOUHAMI
Biologiste
394, Bd. Zerkouni - Casablanca
Tél: 05 22 27 48 96 - Fax: 05 22 27 49 13