

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

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

M23- N° 0031779

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7463 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL QASMI MOUAY EL Hassan
 Date de naissance : 23-11-1965
 Adresse : LOT IBW khaldoun - Res. Laymoun - n°8 CASABLANCA -
 Tél. : 06 60 21 20 15 Total des frais engagés : 562,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : EL QASMI MOUAY EL Hassan Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : Le :
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

PRAFR05/V2/20-10-2023

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
28/12/23		CS-	3000	الدكتورة سلوى عماري

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie TILIA	28/12/23	262,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

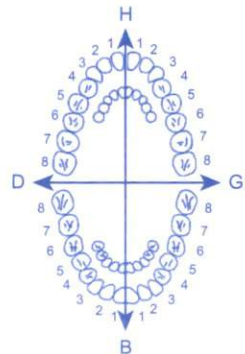
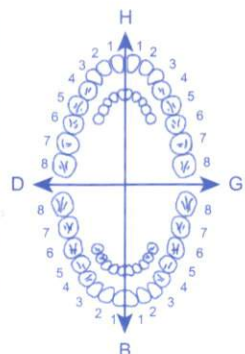
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	[Création, remont, adjonction]		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

Docteur Salwa OUMARI

NEUROLOGUE

Spécialiste des Maladies du Cerveau, de La Moelle Epinière, du Nerf et du Muscle

• Epilepsie, Migraine, Accident Vasculaire Cérébral

• Maladie d'Alzheimer, Maladie de Parkinson

• Sclérose en Plaques, Myopathie, Neuropathie

Electroencéphalogramme (EEG/Vidéo EEG)

Electroneuromyogramme (EMG)



الدكتورة سلوى عماري

طبيبة إختصاصية في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

• أمراض الصرع، آلام الرأس، الدوخة، جلطة الدماغ

• مرض الزهايمر، مرض باركنسون، مرض التصلب المتعدد

• أمراض الأعصاب والعضلات

التخطيط الكهربائي للدماغ: الشبكة

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

PHARMACIE ELILA
Voie d'Aménagement H.H 47 N°4
Hay Hassani
Boulevard de la Ville - Hay Hassani
Tél: 05 22 93 86 84 Fax: 05 22 93 87 15
ICE 001551550000076 P: 401551550000076

28/02/2023

الدكتورة سلوى عماري
Docteur Salwa OUMARI
إختصاصية في أمراض الدماغ والجهاز العصبي
NEUROLOGUE EEG - EMG
Bd Oued Laou City Office en Face de Marjane
Hay Hassani, au dessus de KFC / Tél: 05 22 90 27 66

h qasnti mly el hassani

28.02.23

1/ Vitaminerri 1
1 cl x



37.02.23

2/ Duoxal



الدكتورة سلوى عماري
Docteur Salwa OUMARI
إختصاصية في أمراض الدماغ والجهاز العصبي
NEUROLOGUE EEG - EMG
Bd Oued Laou City Office en Face de Marjane
Hay Hassani, au dessus de KFC / Tél: 05 22 90 27 66

شارع واد لو، سبتي أوفيس، الطابق الأول رقم A6 مقابل مرجان حي الحسني و ماكدونالدز - (فوق KFC) - حي الحسني - الدار البيضاء
Bd Oued Laou, City Office, 1er Etage N° A6 en face de Marjane et Mcdonald's Hay Hassani (au dessus de KFC)
Casablanca - Tél : 05 22 90 22 66 - E-mail : s.oumari@hotmail.com

139-00

3 / Car cingla

Δ - 0 - Δ



PHARMACIE TILILA

Voie d'Aménagement H.H 47 N°H
Hay Laymoune - Hay Hassani
Tél: 05 22 93 86 84 - Fax: 05 22 93 87 15
ICE: 001551556000078 - IF: 40155060

100 Δ 100

262.40

الدكتورة سلوى عطار
D.ctor Salwa OUMARI
اختصاصية في أمراض الدماغ والجهاز العصبي
NEUROLOGUE EEG - EMG
Bd Oued Laou City Office en Face de Marjane
Hay Hassani, au dessus de KPCI / Tél: 05 22 90 27 66

PHARMACIE TILILA

Voie d'Aménagement H.H 47 N°H
Hay Laymoune - Hay Hassani
Tél: 05 22 93 86 84 - Fax: 05 22 93 87 15
ICE: 001551556000078 - IF: 40155060

PPV
LOT
PER
28,80

PPV
LOT
PER
28,80

PPV
LOT
PER
28,80

f
ore nerveux
LOT: 230431
DLUO: 05/2026
135,66DH

دوكسول
DUOXOL 500mg/2mg
Boîte de 20 comprimés
علبة من 20 قرصاً
37,00