

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 canaux, 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 canaux.

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- 0025388

Concours

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3126

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Nouji Mohamed

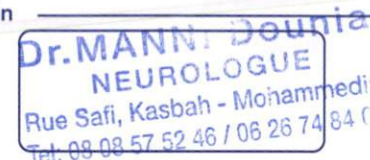
Date de naissance : 19/12

Adresse : INARA 1 Rue 1 No 1 Casa

Tél. : 06 93948822 Total des frais engagés : 300 + 2109,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/02/2024

Nom et prénom du malade : Nouji Mohamed Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Demeure

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 : 03/02/2024

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0025388

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 3126

Nom de l'adhérent(e) : Nouji Mohamed

Total des frais engagés : 300 + 2109,70

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

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

[illegible]

Dr. MANN. DOUKHA
NEUROLOGUE
Rue Safi, Kasbah - Mohammed VI
Tel: 08 08 57 52 46 / 06 26 74 84 80

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE ACIMA AL-INARA</p> <p>Hamid Hazzaz</p> <p>Docteur en Pharmacie</p> <p>Marjane Market Al Inara</p> <p>AV 2 Mars, Local B6, Ain chock, C.A.S.A.</p> <p>Tel: 0539 90 90 90</p>	07/10/2024	2109,70

[illegible][illegible]

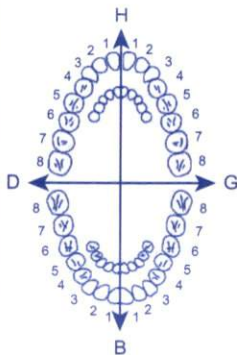
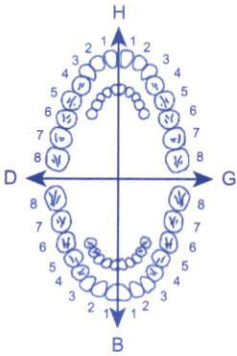
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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								
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>							
					MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>						
				DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>							
				FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>							
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>						
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H <table style="border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">25533412</td> <td style="padding: 2px 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> D <table style="border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">35533411</td> <td style="padding: 2px 5px;">11433553</td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> G </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> B </div>			25533412	21433552		00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
25533412	21433552										
00000000	00000000										
00000000	00000000										
35533411	11433553										
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession											
				DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>							
				DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>							

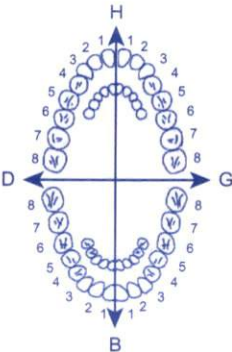
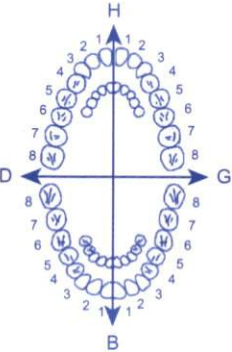
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaire, 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					
	<div><div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D—————G</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div></div><div>B</div></div></div>				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"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Dounia MANNI

Neurologue

- Electro Encéphalographie (EEG/vidéo-EEG)

- Electro Neuromyographie (ENMG)

Neurologie



الدكتورة دنيا ماني

- أخصائية في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

- التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)

- التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

Mohammedia 01 02 24 الخمدية

Dr. Dounia MANNI

PHARMACIE ACINO
Docteur Hamid
N°: ORDONNANCIER
NBre BOITE: 10

PHARMACIE ACINO
Docteur Hamid
N°: ORDONNANCIER
NBre BOITE: 10

PHARMACIE ACINO
Docteur Hamid
N°: ORDONNANCIER
NBre BOITE: 10

PHARMACIE ACINO
Docteur Hamid
N°: ORDONNANCIER
NBre BOITE: 10

PHARMACIE ACINO
Docteur Hamid
N°: ORDONNANCIER
NBre BOITE: 10

19 اقامة اسماعيل - شارع اسفي القصبة - أمام محطة القطار - الخمدية

19 Résidence Ismail Rue Safi, Kasbah, En face de la gare MCF - Mohammedia
Tél: 08 08 57 52 46 - GSM: 06 26 74 84 02 - Email: mannineurologue@gmail.com

M6.30

5 Crokenzo



209,70 1-0-1 x 05g

Lot/Batch: 11 2022
10 2021
CLB06331
Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Croken 200 mg, CP pel b 8
P.P.V.: 116,30 DH
6 118000 061069

SYNTHEMEDIC
22 rue soussier benou al ouam roches
noires casablanca
SEROQUEL
25mg
Boîte de 60
268/18 DMP/21/NSF P.P.V.: 150,60 DH
6 118001 021338

SYNTHEMEDIC
22 rue soussier benou al ouam roches
noires casablanca
SEROQUEL
25mg
Boîte de 60
268/18 DMP/21/NSF P.P.V.: 150,60 DH
6 118001 021338

SYNTHEMEDIC
22 rue soussier benou al ouam roches
noires casablanca
SEROQUEL
25mg
Boîte de 60
268/18 DMP/21/NSF P.P.V.: 150,60 DH
6 118001 021338

ARMACIE ACIMA AL-INARA
Hamid Hazzaz
Pharmacie
of Al Inara
CASA

Dr. MANI DOU
NEUROLOGUE
Rue Safi, Kasbah - Mohammed
Tel: 0 57 53 45 / 06 26 74 84 0

156,40
POLYZAPIN® 5 mg
Olanzapine
30 COMPRIMÉS SÉCARLES
6 118000 120889
قراصا قايلا

Lot: AA0020B
Per: 01/2026
PPV: 212DH00

MEMANTINE GT* 20 mg
28 comprimés pelliculés
6 118001 380527

POLYZAPIN® 5 mg
Olanzapine
30 COMPRIMÉS SÉCARLES
6 118000 120889

156,40
POLYZAPIN® 5 mg
Olanzapine
30 COMPRIMÉS SÉCARLES
6 118000 120889
قراصا قايلا

Lot: AA0020B
Per: 01/2026
PPV: 212DH00



156,40
POLYZAPIN® 5 mg
Olanzapine
30 COMPRIMÉS SÉCARLES
6 118000 120889

Lot: AA0020B
Per: 01/2026
PPV: 212DH00

POLYZAPIN® 5 mg
Olanzapine
30 COMPRIMÉS SÉCARLES
6 118000 120889

MEMANTINE GT* 20 mg
28 comprimés pelliculés
6 118001 380527