

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- 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

N° M20- 0000582

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1526 Société : RAM 136986
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : ARIENE HASSAM
 Date de naissance : 01/01/49
 Adresse : LOT ATTADA MOUNE RUE 6 n°50 OULFA
 Tél : 0676097441 Total des frais engagés : 2096 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 10/10/2022
 Nom et prénom du malade : BOUSSAÏD HASSAM Age : 68 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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 : CASA Le : 10 / 08 / 2022
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE EL OMRANE Bloc 2 Indimaj Pole Urbain Atriel Al Omrane, Sabel Had Soualem Benrechid Tél: 06 23 86 23 86</p>	<p>10/08/22</p> <p>10/08/22</p>	<p>1046,00</p> <p>750,00</p>

[illegible]

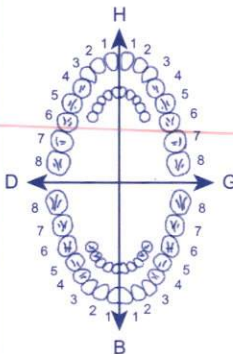
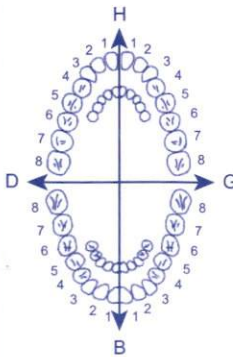
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				CCEFFICIENT 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 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 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"/>										

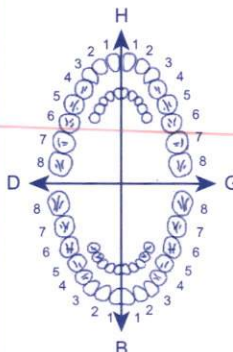
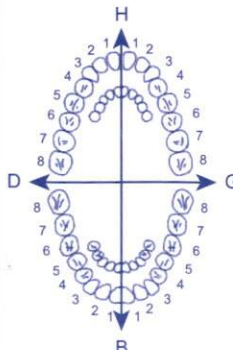
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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																
					CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table><tr><th colspan="2">H</th></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><th>D</th><th>G</th></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><th colspan="2">B</th></tr></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			CCEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D	G																		
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
					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

الدكتورة إيمان الحلو



أثية في أمراض الدماغ، النخاع الشوكي،
أب و العضلات (الكبار و الأطفال)

(أمراض الص
مرض الزهايمر
أم الرأس، الدوخة، جلطة الدماغ،
«باركنسون»، مرض التصلب المتعدد،
أعصاب و العضلات)

التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)
التخطيط الكهربائي للأعصاب و العضلات

Dr Imane LAHLOU

Neurologue

Spécialiste des maladies du cerveau,
de la moelle épinière, du nerf et du muscle
Adulte et enfant

(Epilepsie, Migraine, Vertiges, Accidents vasculaires cérébraux,
Maladie d'Alzheimer, Maladie de Parkinson,
Sclérose en plaques, Myopathies, Neuropathies)

Electroencéphalogramme (EEG - Vidéo EEG)
Electroneuromyogramme (EMG)

Casablanca, le

10/8/2022

Dr Boussaïd Hafid

Ceinture lousaïre



(A porter pour 15 jours)



Pharmacie SAMINE

Dr. SAMINE Soufiane
1059, Ryad Schel, Had soualem
Tél : 07 00 80 15 00



187, Bd Abdelmoumen, Résidence Espace Walili, 5^{ème} étage, N° 17, Casablanca
Tél : 05 22 22 28 58
GSM : 06 61 94 94 91
E-mail : neuro.ilahlou@gmail.com

DR LAHLOU IMANE
Neurologue
Système Nerveux et de Motricité
EEG - EMG
Maladies du Système Nerveux et de Motricité



187, شارع عبد المومن ، إقامة وليلي ، الطابق الخامس ، رقم 17، الدار البيضاء (أمام محطة الطرامواي كلية الطب)
187, Boulevard Abdelmoumen, Résidence Espace Walili, 5^{ème} étage, N° 17, Casablanca (En face de la station du tramway faculté de médecine)

ICE:00182404000051 - Tél:05 22 22 28 58 - GSM:06 61 94 94 91 - E-mail : neuro.ilahlou@gmail.com

Pharmacie SAMINE - Had Soualem

DR SAMINE Soufiane

07 00 80 15 00 - 06 38 69 42 19

1059, Quartier Ryad Sahel en face de la zone industrielle, Had Soualem



Facture N° 20220817-257

Date de vente : 10/08/2022

Médecin traitant :

Mme BOUSSAID Hafida

Maroc

Produit

ARMOR CEINTURE SACRO-LOMBAIRE NOIR TAILLE L REF
ARC260K

Qté.

P.U

TVA

Total

1

750,00

TVA
(20.00%)

750,00

TVA

625,00 DHS

125,00 DHS

Total

750,00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : sept cent cinquante DHS

IF : 50285541 RC : 24522 ICE : 002840171000091

Tel : 07 00 80 15 00 - 06 38 69 42 19

Adresse : 1059, Quartier Ryad Sahel en face de la zone industrielle, Had Soualem

ا.دكتورة إيمان الحلو



Dr Imane LAHLOU

Neurologue

Spécialiste des maladies du cerveau,
de la moelle épinière, du nerf et du muscle
Adulte et enfant

أخصائية في أمراض الدماغ، النخاع الشوكي،
الأعصاب و العضلات (الكبار و الأطفال)

(أمراض الصرع، آلام الرأس، الدوخة، جلطة الدماغ،
مرض الزهايمر، مرض باركنسون، مرض التصلب المتعدد،
أمراض الأعصاب و العضلات)

التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)
التخطيط الكهربائي للأعصاب و العضلات

(Epilepsie, Migraine, Vertiges, Accidents vasculaires cérébraux,
Maladie d'Alzheimer, Maladie de Parkinson,
Sclérose en plaques, Myopathies, Neuropathies)

Electroencéphalogramme (EEG - Vidéo EEG)
Electroneuromyogramme (EMG)

Casablanca, le

10/8/2022

N Boussaid Halid

28,80x5

11 Vivaneuf fort

STE PHARMACIE EL IMRANE
17 Bloc 2 Indimaj Pole Urbain
et Industriel Al Omrane Sanaï Had
Tel: 06 23 86 23 41



53,10x2

21 Relaxol 1-1-1 17



16,1,10x5

31 hyris 25-5



1 gelule le soir le 1^{er} jour

2 gelules le soir le 2^e jour

3 gelules le soir 1^{er} jour et 1/2

4,30,10x3

10-10-10 10-10-10



187 شارع عبد المومن ، إقامة وليلي ، الطابق الخامس، رقم 17 الدار البيضاء (أمام محطة الطرامواي كلية الطب)
187, Boulevard Abdelmoumen, Résidence Espace Walili, 5^{ème} étage, N° 17, Casablanca (En face de la station du tramway faculté de médecine)

Tel: 05 22 22 28 58 - GSM: 06 61 94 94 49 - E-mail: neuro.ilahlou@gmail.com

PPV
LOT
PER

28,80

PPV
LOT
PER

28,80

PPV
LOT
PER

28,80

PPV
LOT
PER

28,80

xénic

LOT : 21E012
PER : 09 2024

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20

P.P.V : 53DH10



6 118000 060833

LOT : 21E007V
PER : 04 2024

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20

P.P.V : 53DH10



6 118000 060833

PPV
LOT
PER

28,80

PPV
LOT
PER

28,80

LOT : 1364
PER : 01/24
PPV : 30,10 DH

10 sur

xénic

LOT : 1372
PER : 02/24
PPV : 30,10 DH

dic

xé sur

LOT : 1377
PER : 03/24
PPV : 30,10 DH

Lyrice® 25 mg - 56 gélules
P.P.V : 141,10 DH



6 118001 170647

Lyrice® 25 mg - 56 gélules
P.P.V : 141,10 DH



6 118001 170647

Lyrice® 25 mg - 56 gélules
P.P.V : 141,10 DH



6 118001 170647

Lyrice® 25 mg - 56 gélules
P.P.V : 141,10 DH



6 118001 170647