

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11437

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : GUÉSSOUS Abdelkrim

Date de naissance : 02/04/1978

Adresse : 64, Rue Curie EL JADIDA

Tél. : 0661752615

Total des frais engagés : 816,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/10/2022

Nom et prénom du malade : SHAHI SAKINA

Age : 47

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 : Casablanca

Le : 03/11/2022

Signature de l'adhérent(e) : Excellat



RELEVE 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
27/10/2012	CS		300,00dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE H2O 325, Lot. Nassim, Quartier NASSIM MA 20190 CASABLANCA Tél/Fax: 05.22.89.05.00 www.ph20.ma	27/10/12	516,10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 B 35533411 11433553 [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				



- Diplômée de la faculté de médecine et de pharmacie -UHIC
- Diplôme Inter-Universitaire en Migraines et Céphalées - Paris
- Diplôme Universitaire en Electro-encéphalographie (EEG, vidéo-EEG)
- Electro-myographie (EMG).

- دبلوم التخصص بكلية الطب والصيدلة - جامعة الحسن الثاني بالدار البيضاء.
- دبلوم جامعي في الصداع وألام الرأس - جامعة باريس ديدرو بفرنسا.
- دبلوم جامعي في التخطيط الكهربائي للدماغ - جامعة محمد الخامس برباط.
- التخطيط الكهربائي للاعصاب والعضلات.

ORDONNANCE

Casablanca, le : 27/10/2022

SMAHI SAKINA

36,00

- Prazol 20 mg - gélule

1 gélule le matin avant petit déjeuner

14,30

- Cloprame 10 mg - comprimé

1 comprimé matin et 1 comprimé le soir avant repas (au besoin)

- Migrix 5 mg - comprimé

1 comprimé par jour en cas de crise de migraine sans dépasser 02 prises par semaine

- DIINDOL 50 mg - Comprimé

1 Comprimé au besoin, sans dépasser 02 prises par semaine

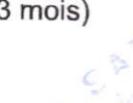
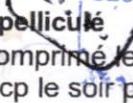
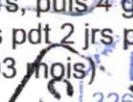
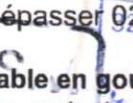
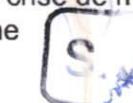
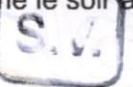
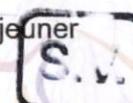
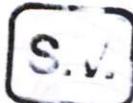
- Larexyl 40 mg / ml - solution buvable en gouttes

2 gouttes le soir pendant 2 jours, puis 4 gouttes le soir pendant 2 jours, puis 6 gouttes pdt 2 jrs puis 8 gouttes pendant 10 à maintenir (traitement de 03 mois)

- Tópiramate gt 25 mg - comprimé pelliculé

1/2 comprimé le matin et 1/2 comprimé le soir pendant 3 jours, puis 1/2 cp le matin et 1 cp le soir pendant 3 jours 1 cp matin et soir à maintenir (3 mois)

T. 516, 10



PPV : 96DH00
PER : 12/24
LOT : L1696-1

CLOPRAME® 10
PPV : 17DH30

Lot N° : 0104005
Fab : 08/06/21
Per : 06/2024
PPV : 157,20

PPV : 53DH00
EXP : 05/2024
LOT : 21012 1

PPV:39DH80
PER: 07/25
LOT: L2654

PPV:39DH80
PER: 07/25
LOT: L2654

Lot:SK1027A
Per:11/2024
PPV:22DH60

محل 2 مارس تقاطع شارع موديبوكيتا، الطابق 2 شقة 7، إقامة السنّة- الدارالبيضاء
548, Av. 2 Mars Angle Modibo Keita, étage 2, App. 7, Résidence sunnah- Casablanca

05 22 82 10 10 06 53 45 60 46 sara.sabiry@gmail.com