

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.

M23-004113

178900

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2714 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : TRACHTLI Mohamed

Date de naissance : 26/10/1951

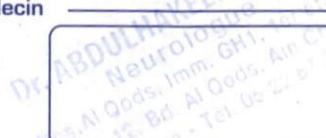
Adresse : 10 lot Rida Al Abdallah Les Alouïa

CAZIARIE CASA

Tél. : 066.44.64.68 Total des frais engagés : 572,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/09/2023

Nom et prénom du malade : TRACHTLI Mohamed Age : 61

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection Neurolgique

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 : CASA Le : 02/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
12/09/23	C9		300 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/09/23	272,90.

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

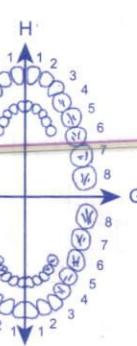
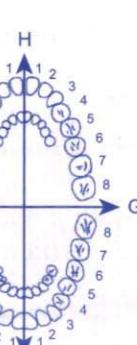
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000	B 35533411		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Zaynab Abdulhakeem

NEUROLOGUE - NEUROLOGIST

Lauréate de la faculté de médecine et de
pharmacie de Casablanca
Ancien médecin du CHU Ibn Rochd de
Casablanca
Electroencéphalographie (EEG)
Electroneuromyographie (ENMG)



Adultes et enfants

الدكتورة زينب عبد الحكيم

أخصائية في أمراض المخاغ و الجهاز العصبي

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد بالدار
البيضاء

التخطيط الكهربائي للدماغ
التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

Casablanca, le : 12/09/2022.

Mr Trachli Mohamed

1js



39,00

① Info 20ng

1js

1gel 1j 1gel avant repas

42,60

② Motric 15ng

1js

1gel 1j après repas

45,90

③ Coltonx 04ng

1js

x2

1js

x2

PPV: 42DHG0
PER: 03/26
LOT: M943

45,80

49,90

④ Newflex pommeade rafraîchissante

1app x2 1j

polt 2

272,90

📍 ، الطابق الأول، الشقة 12 (فرق Fragola)، شارع القدس، عين الشق
Rés. Al Qods, Imm GH1, 1^{er} étage, App 12 (au dessus Fragola), Bd A

0522872828

0659932215

dr.zaynabhakeem@gmail.com

ISOPHARM
NEWFLEX
COOLING GEL
99.90 dhs

15, 81673 Muenchen / Germany