

# 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 068463

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10360 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : M. EL H. B.

Date de naissance : 17/10/2023

Adresse :

Tél. : 9384 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/10/2023

Nom et prénom du malade : NAING CHOUROUK Age :

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 : Le :

Signature de l'adhérent(e) : Le :

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



# 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
11/01/2023	CT		Gratuit	<p>د. ميثم صافي نايلا</p> <p>Dr. MIDAFI NAILA</p> <p>طبيبة اختصاصية في أمراض الأعصاب</p> <p>Médecin Spécialiste en Neurologie</p> <p>Tél: 0522 34 50 01 - GSM: 06 61 71 09 33</p>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie AL WAFAE</p> <p>Dr. Meriem Ouedrhiri</p> <p>N° 152, Coopérative Al wafae - Deroua</p> <p>Casablanca - Tél.: 05 22 53 24 22</p>	17/10/23	11.000,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

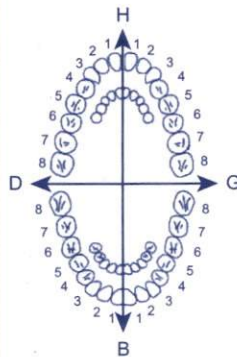
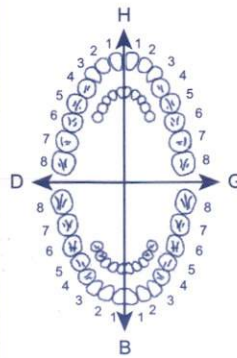
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET 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 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	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT 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

# Dr. Naila MIDAFI

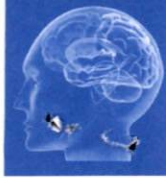
## Neurologue

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

(Epilepsie, Migraine, Vertige, Accidents vasculaires  
cérébraux, maladie d'alzheimer, Maladie de parkinson,  
Sclérose en plaques, Myopathies, Neuropathies)

### Explorations Electroneurophysiologiques

Electroencéphalogramme (EEG)  
Electroneuromyogramme (EMG)



## الدكتورة نائلة مضافي

أخصائية في أمراض الدماغ والجهاز العصبي  
أخصائية في اضطرابات النوم  
الكبار والأطفال

(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

Casablanca, le :

17.10.2023

Mme NAIMI Chourouk

1 CILENTRA 10 MG

1/2 Cp le matin pendant 10 jours  
puis 1 cp le matin 3 mois

2 MEMOBOOST

1 gel matin et soir pendant 15 jours  
puis 1 gel le matin pendant 2 mois

3 DOLIFEN 600 MG

1 cp matin et soir pendant 6 jours  
puis 1 cp en cas de céphalées

4 LAROXYL GTT

10 Gtt le soir pendant 5 jours  
puis 15 gtt le soir pendant 2 mois

5 ACETHIO

1 cp matin midi et soir pendant 10 jours

6 INESO 20 MG

1 cp le matin pendant 10 jours

Sur Rendez-vous

مجمع المعراج : ملتقى شارع أنوال وشارع عبد المومن، الطابق الثاني، رقم 26، الدار البيضاء

Al Miaraj Center : Angle Bd. Anoual et Bd Abdelmoumen, 2<sup>ème</sup> Etage, N°26 - Casablanca

Station Tramway Abdelmoumen (ligne 1) / Station Tramway Anoual (ligne 2)

Tél : 0522 86 56 04 - GSM : 0661 71 09 33 - Whatsapp : 06 69 73 56 40 - E-mail : nmidafi@gmail.com

طيدية الوفاء  
Pharmacie AL WAFAE  
Dr. Meriem OUEDRHIRI  
N° 152, Coopération Al wafae - Deroua  
Casablanca - Tél : 05 22 53 24 22

طيدية الوفاء  
Pharmacie AL WAFAE  
Dr. Naila MIDAFI  
N° 152, Coopération Al wafae - Deroua  
Casablanca - Tél : 05 22 53 24 22

Mé

PPV: 126 LH 00

Mé

PPV: 126 DH 00

Mé

PPV: 126 DH 00

LOT: 1093  
PER: 07/25  
PPV: 75.00DH

P.P.V :  
LOT :  
EXP :

37,00

P.P.V :  
LOT :  
EXP :

37,00

**Laroxyl®**  
Amitriptyline

PPV:39DH80  
PER: 06/26  
LOT: M2025

PPV: 29DH10  
PER: 07/25

Ne pas laisser à la portée des jeunes enfants.  
À conserver à l'abri de la chaleur, de la lumière  
et de l'humidité.

PVC : 180 DH 00

**Arkopharma**  
LABORATOIRES PHARMACEUTIQUES  
BP 28 - 06511 CARROS Cedex  
FRANCE  
Tél +33 (0)4 93 29 11 28  
www.arkopharma.com  
Distribué au Maroc par :  
**PROMOPHARM S.A**  
ZI DU SAHEL / RUE N°7  
26400 HAD SOUALEM

**Laroxyl®**  
Amitriptyline

PPV:39DH80  
PER: 06/26  
LOT: M2025

Ne pas laisser à la portée des jeunes enfants.  
À conserver à l'abri de la chaleur, de la lumière  
et de l'humidité.

PVC : 180 DH 00

**Arkopharma**  
LABORATOIRES PHARMACEUTIQUES  
BP 28 - 06511 CARROS Cedex  
FRANCE  
Tél +33 (0)4 93 29 11 28  
www.arkopharma.com  
Distribué au Maroc par :  
**PROMOPHARM S.A**  
ZI DU SAHEL / RUE N°7  
26400 HAD SOUALEM

nts.  
arrière

**Arkopharma**  
LABORATOIRES PHARMACEUTIQUES  
BP 28 - 06511 CARROS Cedex  
FRANCE  
Tél +33 (0)4 93 29 11 28  
www.arkopharma.com  
Distribué au Maroc par :  
**PROMOPHARM S.A**  
ZI DU SAHEL / RUE N°7  
26400 HAD SOUALEM

JFG - 10079486

JFG - 10079486