

# 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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 : 10360 Société :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : NAIMS CHOUROUK

Autre :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 9384

Total des frais engagés : 46 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/10/2013

Nom et prénom du malade : NAIMS 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 :

Signature de l'adhérent(e) : NAIMS CHOUROUK

Le : 16 OCT. 2013



#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraire	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
11/01/2023	CT		Gratuit	د. مهيدافي نيلاء DR. MEHDAFI NAILA طبيبة أخصائية في أمراض العصب الأعصاب Médecin Spécialiste en Neurologie Tél: 0522 24 50 00 - GSM: 06 61 71 09 33

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Meriem OUEBDHIRI Coopérative Al watafa Tunis - Tél.: 0522532422	17/10/23	115,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### **Important :**

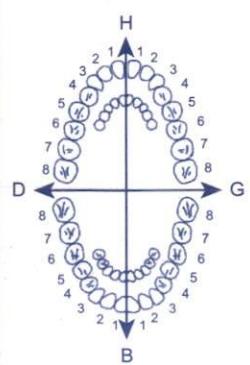
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Naila MIDAFI**  
Neurologue

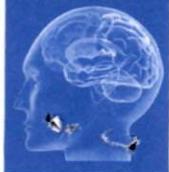
Spécialiste des maladies du cerveau,  
de la moelle épinière, du nerf et du muscle  
Spécialiste des troubles du sommeil

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 ميدافي**

أخصائية في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

أخصائية في إضطرابات النوم

الكبار والأطفال

(أمراض الصرع، آلام الرأس، الدوخة، جلطة الدماغ  
مرض الزهير، مرض باركينسون، مرض التصلب

المتعدد، أمراض الأعصاب والعضلات)

التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

Casablanca, le :

**17.10.2023**

**Mme NAIMI Chourouk**

١٢٦٠٩٣

**1 CILENTRA 10 MG**

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

1S

**2 MEMOBOOST**

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

1S

**3 DOLIFEN 600 MG**

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

1S

**4 LAROXYL GTT**

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

1S

**5 ACETHIO**

1 cp matin midi et soir pendant 10 jours

1S

**6 INESO 20 MG**

1 cp le matin pendant 10 jours

1S

**Sur Rendez-vous**

الدكتورة نائلة ميدافي  
Pharmacie AL WAFAE  
Dr. Mariem OUEDRHIRI  
N° 152, Cooperativa Alwafae - Deroua  
Casablanca - Tel. : 05 22 53 24 22

مجمع المعراج : ملتقى شارع أنواول وشارع عبد المؤمن، الطابق الثاني رقم 26، الدار البيضاء

Al Miara Center : Angle Bd. Anoual et Bd Abdelmoumen, 2<sup>eme</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

Mé

PPV: 126 DH 00

Mé

PPV: 126 DH 00

Mé

PPV: 126 DH 00

MITED

LOT: M2025  
PER: 07/2025  
PPU: 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

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

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

PPV: 29DH10  
PER: 07/25

Arkopharma

LABORATOIRES PHARMACEUTIQUES  
BP 28 - 06511 CARROS Cedex  
FRANCE  
Tel +33 (0)4 93 29 11 28  
[www.arkopharma.com](http://www.arkopharma.com)

Distribué au Maroc par :  
**PROMOPHARM S.A**  
ZI DU SAHEL/RUE N°7  
26400 HAD SOUALEM

Arkopharma

LABORATOIRES PHARMACEUTIQUES  
BP 28 - 06511 CARROS Cedex  
FRANCE  
Tel +33 (0)4 93 29 11 28  
[www.arkopharma.com](http://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

Arkopharma

LABORATOIRES PHARMACEUTIQUES  
BP 28 - 06511 CARROS Cedex  
FRANCE  
Tel +33 (0)4 93 29 11 28  
[www.arkopharma.com](http://www.arkopharma.com)

Distribué au Maroc par :  
**PROMOPHARM S.A**  
ZI DU SAHEL/RUE N°7  
26400 HAD SOUALEM