

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'H...
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M23-011430

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02658 Société : RAY
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MENIAR EL MENIAR
 Date de naissance : 30/10/2023
 Adresse : Casablanca
 Tél. : 0672833390 Total des frais engagés : 746,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 30/10/2023
 Nom et prénom du malade : MENIAR EL MENIAR Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection Neurologique
 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 : 29/11/23
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
30/10/23	CS		300DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/10/23	446,80

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 <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		
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
			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 Sara SABIRY

Neurologue

- 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 (ENMG).



الدكتورة سارة الصابري

طبيبة الجهاز العصبي

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

ORDONNANCE

Casablanca, le : 30/10/2023

MENIAR EL MENIARI

• MYDOFLEX 150 MG - Comprimé

1 comprimé matin, et 1 comprimé soir pendant 10 jours

• ARCUREX - Gélule

1 gélule le matin (traitement 02 mois)

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20

P.P.V : 53DH10



LOT : 23E007
PER : 02 2025

د-س

Handwritten notes: 94,00, 149,90 x 2, 299,80, 53,00, 446,80, 1-0-1 (0), and a large '7'.



MYDOFLEX 150 mg

GTIN: 06118001240850
LOT: 4052
MFG: 10 2022
EXP.: 10 2025
PPV: 94bhs00

Les femmes ou allaitantes doivent consulter un professionnel de santé avant toute utilisation

LOT 22.132/FC2
05/2025 PPC 149,90

de Roussais
Un professionnel de santé avant toute utilisation

LOT 22.132/FC2
05/2025 PPC 149,90

de Roussais
Pharmacie de Loulay - France

Attribué Par :

IM
ouane
00 - Casablanca



6 111255 810673

DR. SABIRY Sara
Neurologue - EEG - ENMG
548 Résidence sunnah - Casablanca
2 Mars - Modibo Keita - N°7 angle
Tél: 05 22 82 10 10 CSM 06 53 45 60 46
INPE-091256719

PHARMACIE ELOOBS
DR. OUMMAN MENIAR
Délivrance Al Hamd N°9 Deroua
Tél: 0520 040 412

548, محج 2 مارس تقاطع شارع موديبوكيتا، الطابق 2 شقة 7، إقامة الس - الدار البيضاء
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