

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 : **02658**

Société : **RAM**

Actif

Rensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **MENIAR EL MENIART**

Date de naissance : **30/06/52**

Adresse : **Casablanca**

Tél. **06 72833390**

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 : **HENIAR EL HENIART** Age : **71**

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 : **20/10/2023**

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
30/10/23	CS		3000 DH	<i>DR. DERY S...</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie M. DERY S...</i> Dr. DERY S... Lotissement Ménier Tél. 0520 040 452	31/10/23	446,80

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 canalaire, 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			Coefficient des Travaux
	H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	
D	00000000	00000000	G	
B	00000000	00000000		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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



- 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)
- Electromyographie (EMG).

- دبلوم التخصص بكلية الطب والصيدلة - جامعة الحسن الثاني بالدارالبيضاء.
- دبلوم جامعي في الصداع وألام 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

94,00 • MYDOFLEX 150 MG - Comprimé

1 comprimé matin, et 1 comprimé soir pendant 10 jours

149,90 x 2

• ARCUREX - Gélule

1 gélule le matin (traitement 02 mois)

299,80

53,00

446,80



MYDOFLEX 150 MG

GTIN: 06118001260850

LOT: 4052
MFG: 10 2022
EXP.: 10 2025
PPV: 940hs00

patients ou allaitantes doivent consulter un professionnel de santé avant toute prise.

LOT 22.132/FC2

05/2025 PPC 149,90

de Roussais
lairie professionnelle de santé avant toute

prise.

LOT 22.132/FC2

05/2025 PPC 149,90

de Roussais
lairie de Loulay - France

tribué Par :

IM
ouane
00 - Casablanca



6 111255 810673

Dr. SABIRY Sara
طبيبة سارة
Neurologue
548 - résidence sonia, N°1 Angle
2 Mars - Modibo Keita, Casablanca
Tel. 05.22.82.10.10 CSM 06.53.45.60.46
INPE. US 1256719

PHARMACIE FLOOBS
DR. SABIRY A MENIAR
Laissez-moi Al Hidra N°9 Deroua
Tél 0520 040 472

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