

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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M22- 0005758

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 608 Société : 194423

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Ait Talib Rkip

Date de naissance :

Adresse : Aoyfmore 1 rue nne5

Tél. : 0675242003 Total des frais engagés : #141220 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/12/2023

Nom et prénom du malade : AIT TALIB R K I A Age :

Lien de parenté : 09/12/2023 ☐ 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 : Cas Le : 27/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 28/12/2023 | | US | 3600 | Dr. Othman Zine |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMACIE MOUHSSINE MOUHSSINE Leila 34, Av. 2 Mars Prolongée Inara Casablanca Tel 05 22 21 09 76 | 21/12/23 | 11112,70 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

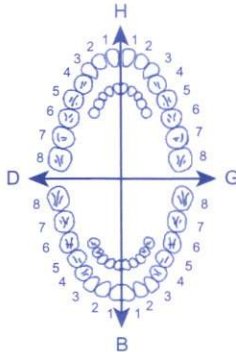
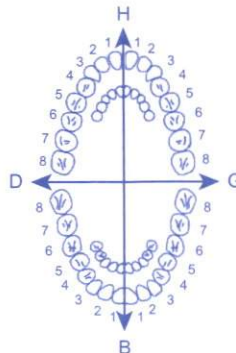
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | |
|  | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | 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

Docteur ATTAR Zineb

الدكتورة عطار زينب

Neurologue-Epileptologue
Adulte-Enfant



إختصاصية في أمراض الدماغ و الأعصاب
والعمود الفقري والعضلات وإختصاص أمراض
الصرع (الكبار و الأطفال)

- Vidéo Electroencéphalogramme « EEG »
- ElectroNeuroMyogramme « ENMG »

• لتخطيط الكهريائي للدماغ (الشبكة)

• التخطيط الكهريائي للأعصاب و العضلات

Casablanca le :

27/12/2023

M. Alkia Ait-Taleb

29810 x 2 = 59610

1) Madopar 100 mg (SV)

1h x 2 / jour
105,80

2) Lioresal 10 mg (SV)

PHARMACIE MOUHSSINE
MOUHSSINE Leila
824, Av. 2 Mars Prolongée Inara
Casablanca Tel 05 22 21 09 76

avant la séance

33180 x 8 = 265440

3) Ranitidine 0,25 g (SV)

Docteur ATTAR ZINEB
Neurologue-Epileptologue
Adulte-Enfant

4) 14450 Esquin 10 mg (SV)

Essafa 404, Bd Al Qods, Résidence Essakane El Anik, 3^{ème} Etage N° 18, Ain Chok - CASABLANCA.

Tél : 05 22 52 25 16

GSM : 06 65 04 33 10

Email : attar.neurologie@gmail.com

الهاتف : 05 22 52 25 16

المحمول : 06 65 04 33 10

PPV : 33 DH 30

Ranpirole® 0.25 mg ○
21 Comprimés pelliculés
Voie Orale

6 118001 300464

PPV : 33 DH 30

Ranpirole® 0.25 mg ○
21 Comprimés pelliculés
Voie Orale

6 118001 300464

PPV : 33 DH 30

Ranpirole® 0.25 mg ○
21 Comprimés pelliculés
Voie Orale

6 118001 300464

PPV : 33 DH 30

Ranpirole® 0.25 mg ○
21 Comprimés pelliculés
Voie Orale

6 118001 300464

PPV : 33 DH 30

Ranpirole® 0.25 mg ○
21 Comprimés pelliculés
Voie Orale

6 118001 300464

PPV : 33 DH 30

Ranpirole® 0.25 mg ○
21 Comprimés pelliculés
Voie Orale

6 118001 300464

PPV : 33 DH 30

Ranpirole® 0.25 mg ○
21 Comprimés pelliculés
Voie Orale

6 118001 300464

PPV : 33 DH 30

Ranpirole® 0.25 mg ○
21 Comprimés pelliculés
Voie Orale

6 118001 300464

Distribué par Roche S.A. ○
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Ivoire 05, Casablanca Marina
MADOPAR 200/50-100 comprimés
P.P.V. : 298,00 DH

6 118001 050697

Distribué par Roche S.A. ○
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Ivoire 05, Casablanca Marina
MADOPAR 200/50-100 comprimés
P.P.V. : 298,00 DH

6 118001 050697

6 118001 030231

○ **LIORESAL® 10 mg**
Boite de 50 comprimés

PPV : 105.80 DH

PPV : 144DH50
PER : 02/25
LOT : M1872-3