

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVE R 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **539**

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

BÉKKARI CADRE
11/6/2024

Date de naissance :

Adresse :

Tél. **06 6115 9784** Total des frais engagés : **958** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Rachid ZHIRI
NEUROCHIRURGIEN - NEUROLOGUE
80, Av. Lalla Yacout
CASABLANCA

Date de consultation : **10/1/2024**

Nom et prénom du malade : **M. CAMYL BERRAKI** Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Algéstose. Griffe fibromyalgique

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 :

Le : **10/1/2024**

Signature de l'adhérent(e) :

PHARMACIE

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 10/11/2024 | CB | 300,00 | |  Docteur Rachid ZHIRI NEUROCHIRURGIEN - NEUROLOGUE 80 Av. Lalla Yacout ASABLANCA |

EXECUTION DES ORDONNANCES

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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canalaïres, 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

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]

| | | | |
|---|--|------------------------|--|
|  | | DEVIS | |
| | | DATE DE L'EXECUTION | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Rachid ZHIRI

NEUROCHIRURGIEN
NEUROLOGUE

Spécialiste Diplômé de la Faculté
de Médecine de Paris
ELECTROENCEPHALOGRAPHIE

80, Avenue Lalla Yacout - CASABLANCA
Tél. : 05.22.31.89.72 / 05.22.31.78.18

الدكتور رشيد الزهيري

خريج كلية الطب بباريز

جراحة الرأس والدماغ والعمود الفقري
اختصاصي في أمراض الأعصاب والدماغ
الخطيط الكهربائي للدماغ

شارع للا يقوت - الدار البيضاء
05.22.31.78.18 / 05.22.31.89.72
الهاتف :

Casablanca, le 10/1/2023

N. CAMEL BELKAÏD

ASPECTS 3 mois

1 saut 3 f/s

VITAMINE C 1000 mg/j 3 mois

IC off aci IC off keto

37.10 x 4 GRISSEURS 20/3
1 selule 2 f/s

S.V

8666 10/1/2023

255 - x 2 GABARIT 20/3
1 selule 2 f/s

S.V

SINOP de POTASSIUM 20/3

IC 25 2 f/s

658,40

Docteur Rachid ZHIRI
NEUROCHIRURGIEN NEUROLOGUE
80, Avenue Lalla Yacout
CASABLANCA

GABLINES®

Prégabaline

LOT 232726

EXP 09 2025

PPV 255.00 DH

75 mg
56 gélules

Voie orale



DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS



ABLINES®

Prégabaline

LOT 232726

EXP 09 2025

PPV 255.00 DH

75 mg
56 gélules

Voie orale



DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS



سوطنما
Sotrama

ORAL 500 mg 16 comprimés

PPV 37DH10

EXP 06/2028

LOT 33038 6

4
x 4
old

