

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

- 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.

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



N.D.
75462

Déclaration de Maladie : N° P19-0010345

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00309 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AGUERSAFENJIA Date de naissance :

Adresse : N° 15 Rue 151 Q2 K8 Hayat El Fajr

Tél. : 06 61 54 73 25 Total des frais engagés : 1194,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/05/2021

Nom et prénom du malade : AGUERSAFENJIA Age : 81

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Maladie de Parkinson

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 : / /

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
20/05/2021			CS-3000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Pharmacieur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE EL HADJER</p> <p>Boite K, Rue 154 N° 23/25</p> <p>Ouifra - Casablanca</p> <p>Tél. : 05 22 89 09 63</p> <p>I.C. : 000500246000026</p>	20-5-2021	T= 894,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

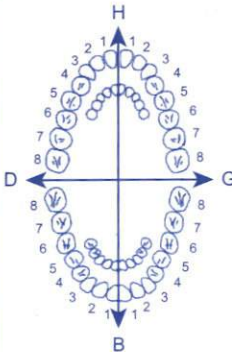
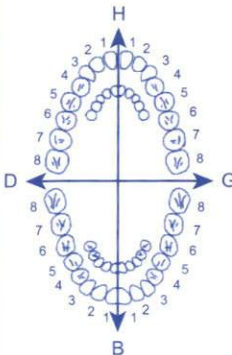
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de

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																																
	<table><tr><td colspan="2">H</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>D</td><td></td><td>G</td><td></td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="2">B</td><td colspan="2"></td></tr></table>				H				25533412	21433552			00000000	00000000			D		G		00000000	00000000			35533411	11433553			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																																
	25533412	21433552																															
	00000000	00000000																															
	D		G																														
	00000000	00000000																															
	35533411	11433553																															
	B																																
	[Création, remont, adjonction]				MONTANTS DES SOINS																												
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																
				DATE DU DEVIS																													
				DATE DE L'EXECUTION																													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Salwa OUMARI

NEUROLOGUE

Spécialiste des Maladies du Cerveau, de La Moelle Epinière, du Nerf et du Muscle

- Epilepsie, Migraine, Accident Vasculaire Cérébral
- Maladie d'Alzheimer, Maladie de Parkinson
- Sclérose en Plaques, Myopathie, Neuropathie

Electroencéphalogramme (EEG/Vidéo EEG)

Electroneuromyogramme (EMG)



الدكتورة سلوى عماري

طبيبة إختصاصية في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

- أمراض الصرع، آلام الرأس، الدوخة، جلطة الدماغ
- مرض الزهايمر، مرض باركنسون، مرض التصلب المتعدد
- أمراض الأعصاب والعضلات

التخطيط الكهربائي للدماغ : الشبكة

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

الدكتورة سلوى عماري
Dr. Salwa OUMARI
إختصاصية في أمراض الدماغ والجهاز العصبي
NEUROLOGUE EEG-EMG
103 Bd Oum Rabii Oulfa Casa / Tél: 0522 90 22 66
Fax: 0522 90 33 03 - I.C.E: 000500246000026

20105 1221

AGVERSAFNE

M

AGVERSAFNE OMDA

238,00 x 3

1 / Madag 28 mg

1/2 cp

x 78



3 mcs


PHARMACIE SOUFIANE
Groupe K Rue 154 N° 25/25
Oulfa Casablanca
Tél : 22 89 09 63
I.C.E : 000500246000026

الدكتورة سلوى عماري
Dr. Salwa OUMARI
إختصاصية في أمراض الدماغ والجهاز العصبي
NEUROLOGUE EEG-EMG
103 Bd Oum Rabii Oulfa Casa / Tél: 0522 90 22 66
Fax: 0522 90 33 03 - I.C.E: 000500246000026

Distribué par Roche S.A. 
Bd. Sidi M'ed Ben Abdellah
Ivoir 05, Casablanca Marina
MADOPAR 200/50-100 comprimés
P.P.V. : 298,00 DH



6 118001 050697

Distribué par
Roche S.A. Maroc 
225 Bd. D'Anfa Casablanca
MADOPAR 250 mg 100 comprimés
P.P.V. : ~~298,00~~ DH



6 118001 050697

Distribué par Roche S.A. 
Bd. Sidi M'ed Ben Abdellah
Ivoir 05, Casablanca Marina
MADOPAR 200/50-100 comprimés
P.P.V. : 298,00 DH



6 118001 050697


PHARMACIE SOUFIANE
Groupe K, Rue 154 N° 23/25
El Oulfa - Casablanca
Tel : 05 22 89 09 63
I.C.E : 000600246000026