

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.

Diagnostique 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

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



110581

Déclaration de Maladie : N° P19- 0012625

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

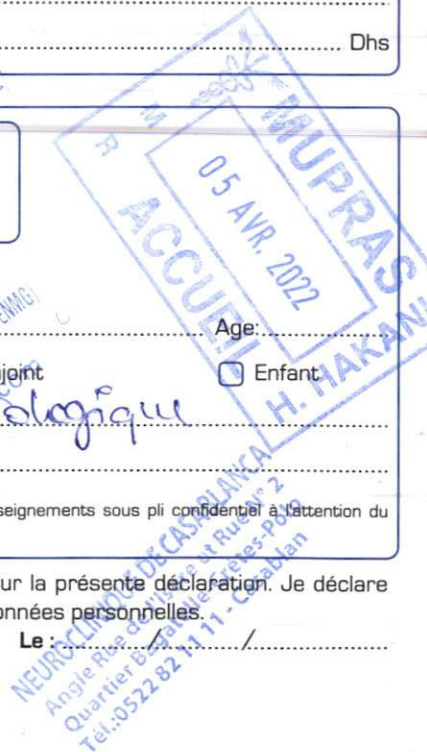
Matricule : 12221 Société : RAN
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Chraïb Rifa Date de naissance : 23/12/81
Adresse :
Tél : 236 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Rim AMZIL Neurologue
Explorations Neurophysiologiques Cliniques (EEG - EMG)
Tél: 06 72 76 08 04
Email: amzilrim@gmail.com
Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection neurologique
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 : 29/04/2022 Casablanca Le : / /
Signature de l'adhérent(e) : 17



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
29/03/2022	Cr		350,00	Dr. Rim AMZIL

Dr. Rim AMZIL
Neurologue
Explorations Neurophysiologiques Cliniques (EEG - ENMG)
Tél: 06 72 76 08 04
Email: amzilrim@gmail.com

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
صيدلية المدينة الخضراء PHARMACIE GREENTOWN Dr. Med AZENNAR Centre Commercial Casa Green Town Ville Verta Bouskoura	29/03/2022	362,50

NEURACLINIQUE DE CASABLANCA
Angle Rue de l'Isère et Rue N°2
Quartier Sagesse-Crètes Polo
Tél: 0522 82 11 11 Casablanca

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

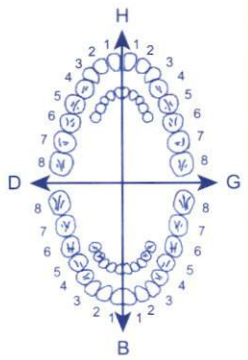
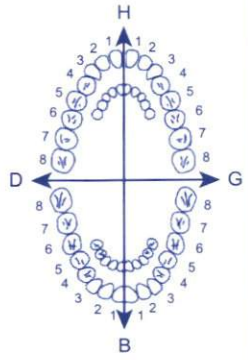
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS														
	[Création, remont, adjonction] 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

Casablanca, le 29/03/22

Docteur : CHRAIBI BELHOUCHEINE Rita

- 1/ Laroxyl 40mg/ml gouttes SV 39.80 10 - 0 - 3 pdt 5 j 1463 1 B
- puis 0 - 0 - 5 pdt 5 j 1 B
- puis 0 - 0 - 7 pdt 3 mois
- 2/ Relaxium B6 300mg SV 17.00 0 - 0 - 1 pdt 3 mois
- 3/ Melatonine 5mg cp 0 - 0 - 1 pdt 3 mois
- 4/ D-stress 200mg SV sachet 109.00 1 sch 1 j pdt 3 mois
- 5/ Nurodal 400mg SV cp en Nodoffe 10g 30.00 1 cp si céphalées (Ne pas dépasser 3 cp/j 4 j/10)

6) Relpax 40mg ou Imigran 50mg
ou Nifedipine 5mg 36.70

1cp si céphalées

(Ne pas dépasser 2cp/j à 6h
d'intervalle

" " 2j/sem)

7) Agenda +++

T = 362

الصيدلية الخضراء
PHARMACIE GREEN TOWN
Dr. Marie AZEMMAR
Centre Commercial
Cassa Green Town Village
Rabat - Morocco Tel: 06 72 75 58 04

PPV: 96DH70

Lot N°:
EXP

FL 3776
06/2024

DR. AMZIL
Neurologue
Explorations Neurophysiologiques Cliniques EEG EMG
Tél: 06 72 75 58 04
Email: amzilim@gmail.com

Lot:

DS10/21
10/2024

DLC:

P.P.C : 109,00 DH

PPV: 39DH80
PER: 02/25
LOT: L630

Relaxium[®]

B6

300 mg



1 gélule par jour

*magnésium
vitamine B₆*

COMPLEXE RELAXANT

LOT : 210529
DLUO : 10/2024
87,00DH

VOIE ORALE
30 GÉLULES



146-147 ZI. Til Mellil - Casablanca

Laboratoire Deva Pharmaceutique
J. OUAJDI Pharmacien Responsable