

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 la 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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

N° W19-477687
142211

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 00912 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

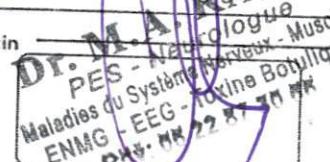
Nom & Prénom : El Mounir Moustapha

Date de naissance : 01/01/1932

Adresse : 11 Rue Alali Ben Abdellah

Tél. : 066 906 97 24 Total des frais engagés : 11881 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

14 MARS 2022

Nom et prénom du malade : El Mounir Moustapha Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : gfi Moustapha Chouj

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

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : / /

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
14.03.22	Vé		400.00	INP : [REDACTED] DR. M. [REDACTED] ES - Neurologue Malades du Cerveau Neuves - Muscles Toxine Botulique Etc. [REDACTED] MA 22 87 30 68

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/03/2022	1498,00

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	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	INP : [REDACTED]
COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]				
MONTANTS DES SOINS [REDACTED]				
DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]				
FIN D'EXECUTION [REDACTED]				
COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]				
MONTANTS DES SOINS [REDACTED]				
DATE DU DEVIS [REDACTED]				
DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]				
ODF PROTHESES DENTAIRES				
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
H	25533412	21433552		
D	00000000	00000000		
B	35533411	11433553		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

مصحة دار السلام

CLINIQUE DAR SALAM

Docteur Rafai Ma
Professeur - Neurologue

Maladies du Système Nerveux et Muscles • Explorations
Neurophysiologiques

Ancien Neurologue aux Hôpitaux de Paris et Bordeaux

Ancien « Fellowship » de l'Institut de Myologie - Paris

ElectroNeuroMyoGraphie (ENMG)

ElectroEncéphaloGraphie (EEG) -Toxine Botulique
neuroconsultcasa@gmail.com Tel: Rdv 0622 873 066
SMS 0642 655 255

Casablanca, le

ALMANTIN® 10 mg
28 comprimés

PPV: 150 DH 20

611800113009

ALMANTIN® 10 mg
28 comprimés pelliculés sécables

PPV: 150 DH 20

183

ALMANTIN® 10 mg
28 comprimés pelliculés sécables

PPV: 150 DH 20

NOM ET PRENOM : ...

J'el Noumni
Fekri

3x150 mg + 450 mg
Almantan 10

PPV: 150 DH 20

3x51,30

Lorazepam 4 25mg

74/1

Professeur Rafai Ma

Dr. M.A. RAFAI
PES - Neurologue
Maladies du Système Nerveux - Muscles
ENMG - EEG - Toxine Botulique
Tel: 0622 873 066

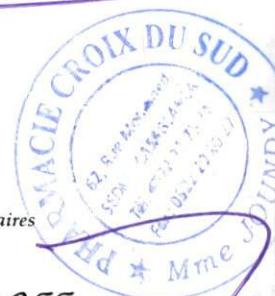
Tel: Rdv - 0622 873 066 / SMS - 0642 655 255

Adresses-Mail : neuroconsultcasa@gmail.com

SUR RENDEZ-VOUS 0622 87 30 66

Libo Keita Casablanca 20100 - Tél : +212 5 22 851 414 - Fax : +212 5 22 830 880 - E-mail : contact@cliniquedarsalam.ma

www.cliniquedarsalam.ma - C.N.S.S. : 6387246 - Patente : 36372350 - I.F. : 1087352



DOZYLY 5 mg
Donépézil

PPV: 284DH00
PER: 10/23
LOT: K2722-2

DOZYLY 5 mg
De

PPV: 284DH00
PER: 10/23
LOT: K2722-2

DOZYLY 5 mg
Dor

PPV: 284DH00
PER: 10/23
LOT: K2722-2

Imovane 7,5 mg
Comprimés

41,9

LOT: 0090
EXP: SEP 2026
PPV: 51,30 DH

Ludiomil® 25 mg
30 comprimés

LOT: 0090
EXP: SEP 2026
PPV: 51,30 DH

Ludiomil® 25 mg
30 comprimés

LOT: 0090
EXP: SEP 2026
PPV: 51,30 DH

3x 284100 =
318 DOZYLY 5 mg



741'

3 mg
Dr. M.A. RAFAI
PES - Neurologie
Malades du Système Nerveux - Muscles
ENMG - EEG - Toxine Botulique
Ph. 06 22 73 088

Imovane 7,5 mg

7/2 CP / 8m

1498,00

Dr. M.A. RAFAI
PES - Neurologie
Malades du Système Nerveux - Muscles
ENMG - EEG - Toxine Botulique
Ph. 06 22 73 088