

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 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhession@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° W21-698827

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 59 85			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	112537
Nom & Prénom : TOUHAJIR SAID			
Date de naissance :			
Adresse : Habituelle			
Tél. : Habituel			
Total des frais engagés : 856,6 Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 13/03/2022			
Nom et prénom du malade : Bouganim Janine Age :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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.			

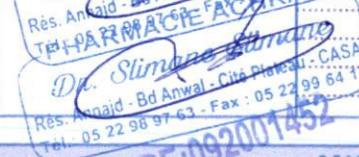
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **Casablanca**

Le : **06/03/2022**

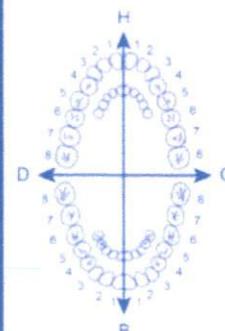
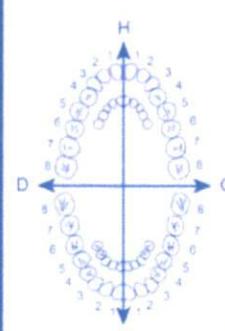
Signature de l'adhérent(e) : **Said**

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
17.03.2022	C. S.			INP : 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
 Dr. Slimane Elmane Rés. Anwaïd - Bd Anwal - Cité Plateau - CASA TÉL: 05 22 98 97 63 - Fax : 05 22 99 64 17	17/03/22	556,60
 Dr. Slimane Elmane Rés. Anwaïd - Bd Anwal - Cité Plateau - CASA Tél : 05 22 98 97 63	17/03/22	

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

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000	G	21433552 00000000
	D	00000000 35533411	B	00000000 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				
COEFFICIENT DES TRAVAUX 	MONTANTS DES SOINS 	DEBUT D'EXECUTION 	FIN D'EXECUTION 	COEFFICIENT DES TRAVAUX 
				

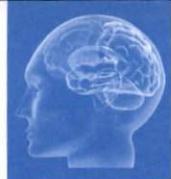
Dr. Naila MIDAFI
Neurologue

Spécialiste des maladies du cerveau,
de la moelle épinière, du nerf et du muscle
Spécialiste des troubles du sommeil

Adulte et enfant

(Epilepsie, Migraine, Vertige, Accidents vasculaires
cérébraux, maladie d'Alzheimer, Maladie de parkinson,
Sclérose en plaques, Myopathies, Neuropathies)

Explorations Electroneurophysiologiques
Electroencéphalogramme (EEG)
Electroneuromyogramme (EMG)



الدكتورة نائلة ميضافي

أخصائية في أمراض الدماغ والجهاز العصبي
أخصائية في إضطرابات النوم
الكبار والأطفال

(أمراض الصرع، آلام الرأس، الدوخة، جلطة الدماغ
مرض الزهير، مرض باركينسون، مرض التصلب
المتعدد، أمراض الأعصاب والعضلات)
التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)
التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

Casablanca, le :

17.03.2022

PPV: 49,60 DH
LOT: 21K17B
EXPI: 11/2024

3 -

S.V

FGT99 1024
LOT PER.

Prix 129.00

1 D-CURE FORTE 100 000 UI

1 ampoule par mois pendant 3 mois

2 CILENTRA 10 MG

126,00 x 3

X

1 cp le matin pendant 3 mois

129.00

3 JUVATONUS EFFERV

1 CP LE MATIN PENDANT 1 MOIS

556,60

Dr. Naila MIDAFI
Dr. Slimane Slimane
Rés. Annajid - Bd Anwal - Cité Plateau - CASA
65 22 98 97 63 - Fax : 05 22 99 64 17

PHARMACIE ACHRAF
Dr. Slimane Slimane
Rés. Annajid - Bd Anwal - Cité Plateau - CASA
65 22 98 97 63 - Fax : 05 22 99 64 17

Sur Rendez-vous

مجمع المعراج : ملتقى شارع أنوال وشارع عبد المؤمن، الطابق الثاني، رقم 26، الدار البيضاء

Al Miara Center : Angle Bd. Anwal et Bd Abdelmoumen, 2^{ème} Etage, N°26 - Casablanca

Station Tramway Abdelmoumen (ligne 1) / Station Tramway Anwal (ligne 2)

Tél : 0522 86 56 04 - GSM : 0661 71 09 33 - Whatsapp : 06 69 73 56 40 - E-mail : nmidafi@gmail.com