

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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Déclaration de Maladie
M22- 0019958

Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricule : **773**

Société : **RAM**

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **AZEM MOHAMED**

Date de naissance : **1947**

Adresse : **44 Rue 18 Jamila S CD CASA**

Tél. : **0661627262** Total des frais engagés : **813,-** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **02/01/2023**

HYMIDANI AMINA

Age : **73**

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection Neurologique

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 : **CASABLANCA**

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **02/01/2023**

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 02/01/2023 | CS | | 300,00dh | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |



EXECUTION DES ORDONNANCES

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|----------|-----------------------|
| <i>Reçu du Pharmacien ou du Fournisseur</i> | Date | Montant de la Facture |
| | 08/01/83 | 513,00 DH |

~~INP:082015239 ANAL~~

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

| 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

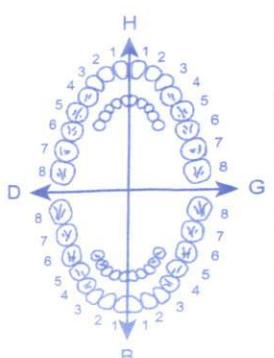
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement cancéreux.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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



(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVS

VS4E CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Sara SABIRY

Neurologue



الدكتورة سارة الصابري

طبيبة - الجهاز العصبي

- Diplômée de la faculté de médecine et de pharmacie - UHIC
- Diplôme Inter-Universitaire en Migraines et Céphalées - Paris
- Diplôme Universitaire en Electro-encéphalographie (EEG, vidéo-EEG)
- Electro-myographie (ENMG).

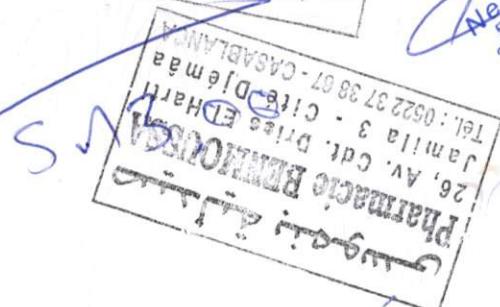
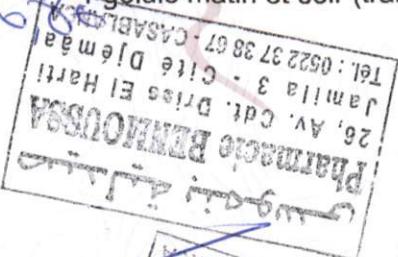
- دبلوم التخصص بكلية الطب والصيدلة - جامعة الحسن الثاني بالدار البيضاء.
- دبلوم جامعي في الصداع وألم الرأس - جامعة باريس ديدرو بفرنسا.
- دبلوم جامعي في التخطيط الكهربائي للدماغ - جامعة محمد الخامس بالرباط.
- التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات.

ORDONNANCE

Casablanca, le : 02/01/2023

HIMIDANI AMINA

- Codoliprane 400 mg / 20 mg - comprimé**
1 comprimé matin et soir pendant 1 semaine
- MYDOFLEX 150 MG - Comprimé**
1 comprimé matin, et soir pendant 15 jours
- Nupentin 300 mg - gélule**
1 gélule matin et soir (traitement de 02 mois)



محل 2 مارس تقاطع شارع موديبوكيتا، الطابق 2 شقة 7، إقامة السنّة- الدار البيضاء

548, Av. 2 Mars Angle Modibo Keita, étage 2, App. 7, Résidence sunnah- Casablanca

05 22 82 10 10 06 53 45 60 46 sara.sabiry@gmail.com

tenir hors de la portée et la
des enfants.

A conserver à une température
inférieur à 25°C.

يحفظ في درجة حرارة لا تتعدي 25 درجة مئوية.
يحفظ بعيداً عن متناول و مرأى الأطفال.

conserver à une température
inférieur à 25°C.

يحفظ في درجة حرارة لا تتعدي 25 درجة مئوية.
يحفظ بعيداً عن متناول و مرأى الأطفال.

PPV: 99DH20

NUPENTIN® 300 mg
Boite de 30 gélules
Voie orale



6118001300020

PPV: 99DH20

NUPENTIN® 300 mg
Boite de 30 gélules
Voie orale



6118001300020

NUPENTIN® 300 mg
Boite de 30 gélules
Voie orale



6118001300020



GTIN: 06118001260850

LOT: 4017

MFG: 06 2022

EXP: 06 2025

PPV: 94dh500

PPV: 22DH20
PER: 07/24
LOT: L2597

NUPENTIN® 300 mg
Boite de 30 gélules
Voie orale



6118001300020