

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 Alal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-776403

14/10/23

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : <u>MGB</u>		Société : <u>Royal marocain</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>BEN AMZIL RIM</u>		Date de naissance : <u>30/06/1973</u>	
Adresse : <u>Immeuble app 06 ALMAZAN</u>		Télé. : <u>0661984143</u>	
		Total des frais engagés : <u>1557,7</u> Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Dr. <u>Rim AMZIL</u> Neurologue Explorations Neurophysiologiques Cliniques (EEG - ENMO) Tél: 06 72 76 08 04 Email: amzilrim@gmail.com			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>31/02/2022</u>			
Nom et prénom du malade : <u>Rim Ben Amzil</u> Age : <u>49 ans</u>			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>Dr. RIM AMZIL Neurologue clinique EEG - ENMO</u>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>Dr. RIM AMZIL Neurologue clinique EEG - ENMO</u>			
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) : Rim

Le : 16/10/2023

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie N° W21-776403	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule : _____	
Nom de l'adhérent(e) : _____	
Total des frais engagés : _____	
Date de dépôt : _____	

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
2011/12/22	g		367,55	INP : <input type="text"/> DK Rim AMZ Neurologue Neurophysiologique Clinique Locations Neurophysiologiques Cliniques tel: 06 12 16 08 45 rim.amz@gmail.com

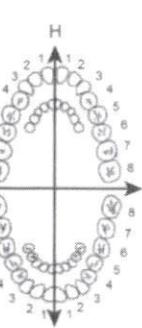
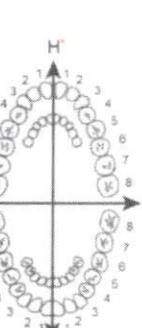
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourrier	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TADARY LAMSEFER Wassas 74106 Casablanca 2107 Bld. Route Tadary Benkhay-Casablanca	31/12/2022	1207,70

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

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES F		Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'		re des soins.															
Important :																			
Veuillez joindre les radiographies en car-		prot'	tr	me	i que le bilan de l'ODF.														
SOINS DENTAIRES		Dente- Traitées	Nature Soins	Lieu de soin															
					COEFFICIENT DES TRAVAUX														
					MONTANTS DES SOINS														
					DEBUT D'EXECUTION														
					FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		G	25533412	21433552	00000000	00000000	D		35533411 11433553		B		G
H		G																	
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
D																			
35533411 11433553																			
B		G																	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX														
					MONTANTS DES SOINS														
					DATE DU DEVIS														
					DATE DE L'EXECUTION														



مصحة الجهاز العصبي

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

Casablanca, le 31/12/22

Docteur :

$35,70 \times 3$

1/ Kardegic 160 mg sachet
 0 - 1 - 0 pdt 3 mois

$155,90 \times 4$

2/ Torna 40mg ou LD-nor 40mg cp
 0 - 0 - 2 pdt 3 sem
 0 - 0 - 1 pdt 3 mois

$297,00 \times 1$
 $180,00 \times 1$
 3/ Fluoxet 20mg cp
 puis 1914 1915

1 20 - 0 pdt 3 mois

$\bar{T} = 1207,70$



Dr. Rim AMZIL
 Neurologue
 Explorations Neurophysiologiques Cliniques (EEG, ENMG)
 Tél: 06 72 16 80 04
 Email: amzilrim@gmail.com

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
LOT : ZZE010
PER.:05 2024
6 118001 081189

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
LOT : ZZE010
PER.:05 2024
6 118001 081189

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
LOT : ZZE010
PER.:05 2024
6 118001 081189

سُوكِهِمَا
Sotöhema

Fluoxet®

Fluoxétine

20 mg

30 Gélules
Voie orale



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MATIN	MIDI	SOIR	AVANT APRÈS
DURÉE	1/2	C	G



007 337-47-1
EXP 06-2025
PPV 180,00



فليوكست®

فليوكستين



20 ملغ

60 كبسولة
عن طريق الفم

LOT 222129 2

EXP 06 2025

PPV 297.00 DH



المدة صباح النهار مسائية قبل وبعد



Fluoxet® 20 mg

Fluoxétine

60 Gélules

فليوكست® 20 ملغ

فليوكستين

60 كبسولة

سوطيمما
Sotthema

Fluoxet® 20 mg
60 gélules



6 118000 023340

RAIS ET HONORAIRES

LOT : 221033
EXP : 07/2025
PPV : 155,90DH

U.T.A.V.

LOT N°:

: (DH) \wedge ppv



RAIS ET HONORAIRES

LOT : 221033
EXP : 07/2025
PPV : 155,90DH

U.T.A.V.

LOT N°:

: (DH) \wedge ppv



RAIS ET HONORAIRES

LOT : 221033
EXP : 07/2025
PPV : 155,90DH

U.T.A.V.

LOT N°:

: (DH) \wedge pp



RAIS ET HONORAIRES

LOT : 221033
EXP : 07/2025
PPV : 155,90DH

U.T.A.V.

LOT N°:

: (DH) \wedge pp





مصحة الجهاز العصبي

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

31/12/2022

Casablanca, le _____

FACTURE N° 0214/12/2022

Docteur :

NOM ET PRENOM : MR BEN M'BAREK M'BAREK

CONSULTATION DR AMZIL

MONTANT TOTAL : 350.00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
« TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS »

FD

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA
Angle Rue de l'Isère et Rue N° 2
Quartier Bagatelle - Polo - Casablanca
Tel.: 05 22 82 11 11 (LG) • Fax : 05 22 85 21 84
Telex: 0522 12111 Casablanca
Email : karimhouidi@neuroclinique.com • Site Web : www.neuroclinique.com • ICE : 001524581000009