

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

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

147391

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05338 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL MARDI LHOUSSINE

Date de naissance : 27/11/1963

Adresse : 25 RUE 36 EL HANA CASABLANCA

Tél. : 0614 905 894 Total des frais engagés : 0.00 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/12/2022

Nom et prénom du malade : EL MARDI LHOUSSINE Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : RH

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

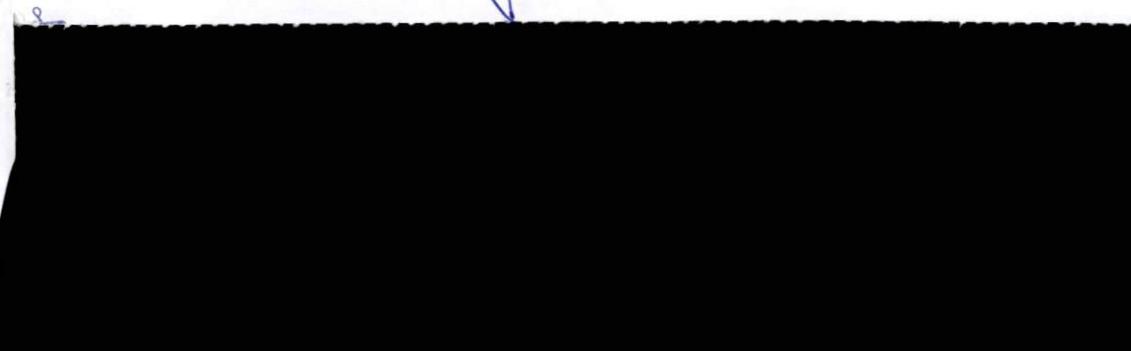
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : / / Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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
22/11/2022			5 - 300	



EXECUTION DES ORDONNANCES

Date	Montant de la Facture
28.12.22	380.90

Pharmacie Naïma

INP : 92044569

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	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction] tionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

A dental arch diagram showing upper and lower arches with numbered teeth (1-8) and directional labels H (top), D (left), G (right), and B (bottom).

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

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

Docteur Salwa OUMARI

NEUROLOGUE

Spécialiste des Maladies du Cerveau, de La Moelle Epinière, du Nerf et du Muscle

• Epilepsie, Migraine, Accident Vasculaire Cérébral

• Maladie d'Alzheimer, Maladie de Parkinson

• Sclérose en Plaques, Myopathie, Neuropathie

Electroencéphalogramme (EEG/Vidéo EEG)

Electroneuromyogramme (EMG)

الدكتورة سلوى عماري

طبيبة اختصاصية في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

• أمراض الصرع، ألام الرأس، الدوخة، جلطة الدماغ

• مرض الزهيمير، مرض باركينسون، مرض التصلب المتعدد

• أمراض الأعصاب والعضلات

التخطيط الكهربائي للدماغ : الشبكة

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات



112 12022

MARDE 11052022

13.30

Arthanc

642

101 : 22E007F
PER.306 2025

ARTANE 5MG
CP B20
P.P.V : 13DH30
6 118000 060314

1/4 - 0

5 - 0

1/8 3g

101 : 22E007F
PER.306 2025

ARTANE 5MG
CP B20
P.P.V : 13DH30
6 118000 060314

1/2 - 0

0 - 0

1/8 3g

1/2 - 0 - 1/2

1 comprimé =
200 mg lévodopa
50 mg bensérazide
sous forme de chlorhydrate

Distribué par Roche S.A.

Bd. Sidi Med Ben Abdellah

hôpital 05, Casablanca Marina

MADOPAR 200/50-100 comprimés

P.P.V. : 298,00 DH

6 118001 050697

- 1/2 - 1/2

100 100

643

298.00

3/ Madopar 26.00

1/2
D

1/2
D

1/2
D

AV
S

PPV: 56,30 DH
LOT: 22B230
EXP: 02/2024

100 100

56.30

100 100

3/ 100 26.00

26.00

380.90

PHARMACIE NAIMA *
Tél: 0522 90 31 00
Abderrahmane
boulevard Hassan II
Casablanca
Maroc
1118124

100 100