

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.

N° W21-788084

158172

| | | | |
|--|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 13040 | Société : RAM | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : BOURASSI SAAD | | | |
| Date de naissance : 09/05/1987 | | | |
| Adresse : IM2 Apt 4 Diar Oualmass Al khazaneh Lissasfa Casablanca | | | |
| Tél. : 06 60 92 90 09 | Total des frais engagés : 1591,80 Dhs | | |

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

| | | | |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| Date de consultation : 18/04/2023 | | | |
| Nom et prénom du malade : BOURASSI SAAD Age : 36 | | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : Epilepsie | | | |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Epilepsie | | | |
| 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 : 19/04/2023

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 18-02-23 | | 9 | 300,00 | 300,00 |
| 18-02-23 | | 30 | 10,00 | 10,00 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE ROCHDI Résidence Al Firdaous GH 4 Imm A117 N°3, Oulfa Casablanca - Tel: 0522 89 32 86 | 18/02/23 | 550,00 |

ANALYSES - RADIographies

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

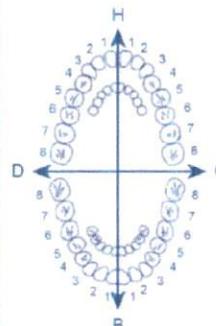
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | 11111111 |
| | | | | 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 |



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DENTERIE DENTAL
DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

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

(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

Docteur Houria EL MADMAD ABABOU

Neurologie-Neurochirurgie

Electro - Encephalographie

Sur Rendez-vous



الدكتورة حورية المضمض عيابو

إختصاصية في أمراض الرأس

جراحة الدماغ والعمود الفقري

التخطيط الكهربائي للدماغ

بالمقعد

11/2/23

Casablanca, le : 18.2.23 الدار البيضاء، في:

BECIDOUZE® 20 dragées

PPU 35DH10
EXP 11/2025
LOT 28002 3

Dr Bourassi SAA

$(734,70 \times 2) = 269,61$
Neomorphyl 805 110×218

$(35,10 \times 2) = 70,20$
 $(72,6,00 \times 2) = 145,20$
AMM 2011 $1/2 \times 2/5$
Becidouze 20 $55,76$
Gluv 2011 $11,80$

BECIDOUZE® 20 dragées

PPU 35DH10
EXP 11/2025
LOT 28002 3

PHARMACIE ROCHDI
Résidence Al Firdaus
G 14 Imm A117 N° 3, Oulfa
Casablanca - Tél: 0522 89 32 86

الدكتورة حورية المضمض عيابو
إختصاصية في أمراض الرأس والعمود الفقري
Becidouze 20 dragées
Neurologie Neurochirurgie
Build Pasteur, Appi N° 10 - Casablanca
Tél: 0522 22 84 18

الدكتورة حورية المضمض عيابو
إختصاصية في أمراض الرأس والعمود الفقري
Neurologie Neurochirurgie
Build Pasteur, Appi N° 10 - Casablanca
Tél: 0522 22 84 18

17, «Pasteur Build» Place Charles Nicole - 1^{er} étage (Face à l'Institut Pasteur) - Casablanca

Tél.: 05 22 22 84 18 - Urgences : 06 61 31 11 14

E-mail : elmad-neuro@hotmail.com

Importé par:

SUN PHARMACEUTICALS MOROCCO LLC

169, Avenue Hassan 1^{er},
20070 Casablanca.

Fabriqué par :

SUN PHARMACEUTICAL INDUSTRIES LIMITED
Inde

Médicament Autorisé N°: 391/12DMP/21/NTT

PPV: 126 DH 00

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

ا حترم الجرعات المحددة

TABLEAU A (Liste I)

سيلونترا[®]

إسيتالوبرام

CILENTRA[®]10 mg

Boîte de 28 Comprimés

pelliculés sécables



6 118001 300303

10 ملغ

28 قرصا ملبيسا قابل للكسر
عن طريق الفم

Importé par:

SUN PHARMACEUTICALS MOROCCO LLC

169, Avenue Hassan 1^{er},

20070 Casablanca.

Fabriqué par :

SUN PHARMACEUTICAL INDUSTRIES LIMITED

Inde

Médicament Autorisé N°: 391/12DMP/21/NTT

PPV: 126 DH 00

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات المحددة

TABLEAU A (Liste I)

سيلونترا[®]

إسيتالوبرام

CILENTRA[®] 10 mg

Boîte de 28 Comprimés

pelliculés sécables

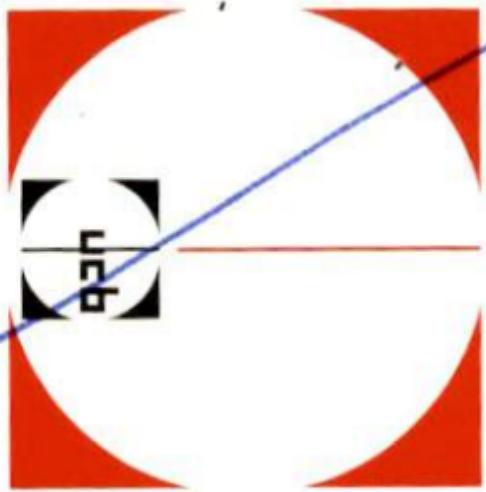


6 118001 300303

10 ملغ

28 قرصا ملبيسا قابلا للكسر
عن طريق الفم

Molécule originale issue de la recherche UCB



Nootropyl®

Piracétam

800 mg

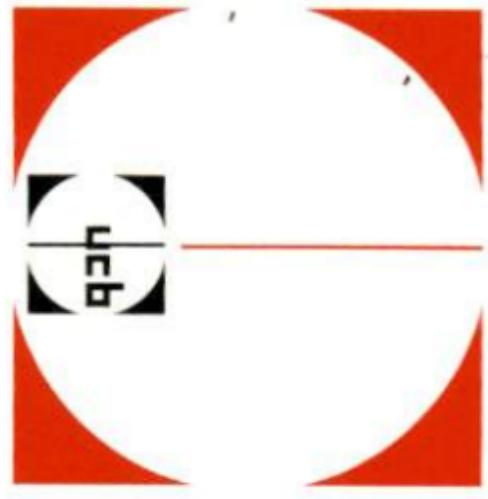


60 comprimés pelliculés

Voie orale

LOT 22.552
EXP 08.2026
PPV 134.80

Molécule originale issue de la recherche UCB



Nootropyl®

Piracétam

800 mg



60 comprimés pelliculés

Voie orale

LOT
EXPI
DOP

22.552
08.2026
134.80

Dr EL MADMAD ABABOU Houria

Neurologie-Neurochirurgie

Casablanca Le 18 Février 2023

Note d'honoraires :

Consultation C2 à 300,00 dhs

Electroencéphalographie (EEG) à 700,00dhs

TOTAL TTC= 1000.00 dhs

Compte rendu de L'électroencéphalographie pratiquée pour Mr BOURASSI

Saad

Tracé EEG fait d'ondes alpha symétriques, bien organisé, réactif à l'ouverture des yeux.

Cependant ou note des ondes-pointes sur le tracé témoignant d'une Comitialité

Les différentes stimulations telles que l'HPN et la SLI Confirment cela

الدكتور
أنتظام
الرأس والعنق
الإنتظام
الإنتظام
Build Pasteur, Appr. N° 10 - Casablanca
Neurologie - Neurochirurgie
Tél: 0522 22 84 18

17 "Pasteur Build" Place Charles Nicole

1^{er} Etage n°10 Casablanca

Tél : 0522228418 Email : elmad-neuro@hotmail.com