

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 canaux, 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 canaux.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-813033

181659

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 915 Société : RAN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : GRIRANE ER REDDAN

Date de naissance : Hashell

Adresse : Hashell

Tél. : 0619544218 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/11/2023

Nom et prénom du malade : ZIDAN RACHID Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection Longue Durée

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 au médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : Le : 01/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

VOLET ADHERENT

RELEVÉ 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
01/11/11	U SMG		35000 100000	INF: [] Dr. AMZIL RIM Neurologue 92, Bd. Mohamed BOUZIANE Salama 3, Sid Othman Tél: 05 22 51 88 33

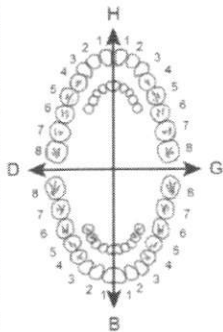
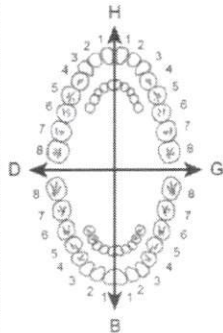
[illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>								
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة الجهاز العصبي

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

PPV

LOT

28,80

PPV

LOT

PER

28,80

Casablanca, le 01/11/23

PPV

LOT

PER

28,80

RIDAOUI Rachida

PPV

LOT

PER

28,80

PPV

LOT

PER

28,80

Tel

0522 31 16 40

0522 31 43 69

Casablanca

des F.A.R

André ACHOUR

RMACIE MARHABA

PPV

LOT

PER

28,80

29,50

2

Tyantalgie

4

1 cp si douleurs

MYANTALGIC® 20 comprimés pelliculés

PPV 290H50

EXP 05/2025

LOT 31015 4

293,00

3

Cymbalta

60mg

1

0

0

3 mois

⊗ 4

N.D

Droxol

500mg

4

3

3

2

Cymbalta 60 mg

Boîte de 28 gélules gastro-résistantes

PPV : 293,00 DH

AMM N°206/14 DMP / 21 / NRQ

Distributeur : SOHEMA

B.P.N° 1,27182-Bouskoura

6 070916

Dr. AMZIL RIM
Neurologue
192, Bd Mohamed BOUZIANE
Salama 3, Sidi Othman
Casablanca - Tél: 05 22 82 11 11

Angle rue de l'Isère et

Fax : 05 22 85 21 84 • Email : ka

- Casablanca • Tél : 05 22 82 11 11 (L.G.)

Web : www.neuroclinique.com • ICE : 001524581000009



مصلحة الجهاز العصبي

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

Casablanca, le... **01/11/2023**

Docteur :

FACTURE N° 0014/11/23

NOM ET PRENOM : MME RIDAOUI RACHIDA

CS DR AMZIL : 350.00

EMG : 1000.00

MONTANT TOTAL : 1350.00

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

FD

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA
Angle Rue de l'Isere et Rue N° 2
Quartier Bagatelle-Crètes-Polo
Tél: 0522 82 11 11 - Casablan

CLINIQUE NEUROLOGIQUE
Boulevard Taddart
CASABLANCA
05 22 82 11 11

Docteur AMZIL Rim

Le 1 novembre 2023

COMPTE RENDU D'ELECTROMYOGRAPHIE

Nom : Ridaoui

Prénom : Rachida

Sexe : F

Date de l'examen : 01/11/2023 18:37:04

Motif de l'examen :

Douleurs non systématisés aux MSDt
Examen Neuro: RAS

Interprétation :

** Conduction nerveuse motrice (LDM, amplitude, VCM) normale pour les nerfs Médian, Cibtai, Ciconflexe, Spinal, Sous-scapulaire en bilatéral.

** Conduction nerveuse sensitive (amplitude, VCS) normale pour les nerfs Médian, Cubital et Radial en bilatéral.

Conclusion :

Examen Neurographique ne retrouve pas d'anomalies.

Docteur AMZIL

Dr. AMZIL Rim
Neurologue
192, Bd. Mohamed BOUZIANE
Salama 3, Sidi El Hachem
Casablanca - Tel: 05 22 82 11 11