

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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 |

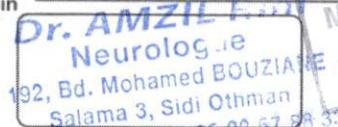
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-813031

181031

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	915	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	GRIERNE ER REEDDAD
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0619 544218 Total des frais engagés : _____ Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	04/01/2023		
Nom et prénom du malade :	GIRANE ER REEDDAD Age:		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Compagnon	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	A Té Janin ER REEDDAD		
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 01/01/2023



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
01/11/23	G		35533411	INP : 011268848 Dr. AMZIL RIMI Neurologue 192, Bd. Mohamed BOUZIANE Saléma 3, Sidi Othman Casablanca Tel: 05 22 57 48 33

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MARHABA André ACHOUR AV des FAR Casablanca 0522 31 71 09	01/11/23	2392120

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		MONTANTS DES SOINS []
	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553		DATE DU DEVIS []
	B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION []
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة الجهاز العصبي

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

Distribué par Roche S.A.
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Ivoire 05, Casablanca Marina
MADOPAR 200/50-100 comprimés
P.P.V. : 298,00 DH



Docteur : GRIRANE

Casablanca, le 01/11/23

Distribué par Roche S.A.
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Ivoire 05, Casablanca Marina
MADOPAR 200/50-100 comprimés
P.P.V. : 298,00 DH



- | | | | |
|---|----------------|-------------|--|
| 1/ Madopar | 250 mg | cp | |
| 298,00 | | | |
| * 2 | 1/2 | | |
| | △ | | |
| | 8H | | |
| | | | |
| 2/ Sifrol | 1,04 | | |
| 179,80 | | | |
| * 6 | 1/4 | | |
| | △ | | |
| | 21P | | |
| 3/ Motilium | 10 mg | cp ou sirop | |
| 24,40 | | | |
| * 14 | 1/4P | | |
| | △ | | |
| | 8H | | |
| 4/ Velaxor | 75 mg - gélule | | |
| 101,00 | | | |
| * 3 | | | |
| 5/ ALPtag | 0,5 mg | cp | |
| 35,70 | | | |
| André ACHOUR | | | |
| 6/ ANTISS FARM | | | |
| Tel: 0522 31 16 48 | | | |
| Angie Publ. 1648 Avenue de la Gare No 21 Casablanca | | | |
| Fax: 05 22 85 21 84 • Email: karimhoudan@... | | | |
- ERREDDAD
- 1/2
- △
- 1/4H
- 30-45 min avant repas
- 1/2
- △
- 17H
- 20H
- 1/4
- 30-45 min avant repas
- 1/4P

1/4

20H

LOT 230958 1

EXP 03/2026

PPV 35,70

LOT 230958 1

EXP 03/2026

PPV 35,70

3 mois

LOT 1210551

EXP 10/25

PPV 101DH00

LOT 1210551

EXP 10/25

PPV 101DH00

2458100009

61 Heparate sirop
N.D. 100 x 3/1 si constipation

T = 2392.20



LOT : 6197
PER : 07 - 26
P.P.V : 24 DH 40

LOT : 6197
PER : 07 - 26
P.P.V : 24 DH 40

LOT : 6197
PER : 07 - 26
P.P.V : 24 DH 40

LOT : 6197
PER : 07 - 26
P.P.V : 24 DH 40

LOT : 6197
PER : 07 - 26
P.P.V : 24 DH 40

LOT : 6197
PER : 07 - 26
P.P.V : 24 DH 40

LOT : 6197
PER : 07 - 26
P.P.V : 24 DH 40

LOT : 6197
PER : 07 - 26
P.P.V : 24 DH 40

LOT : 6197
PER : 07 - 26
P.P.V : 24 DH 40

LOT : 6197
PER : 07 - 26
P.P.V : 24 DH 40

LOT : 6197
PER : 07 - 26
P.P.V : 24 DH 40

6 118001 040599
SIFROL 0,52 mg
(Pramipexole)
Comprimé à libération prolongée
Boîte de 30
BOTTU S.A.

PPV : 179 DH

6 118001 040599
SIFROL 0,52 mg
(Pramipexole)
Comprimé à libération prolongée
Boîte de 30
BOTTU S.A.

PPV : 179 DH 80

6 118001 040599
SIFROL 0,52 mg
(Pramipexole)
Comprimé à libération prolongée
Boîte de 30
BOTTU S.A.

PPV : 179 DH 80

6 118001 040599
SIFROL 0,52 mg
(Pramipexole)
Comprimé à libération prolongée
Boîte de 30
BOTTU S.A.

PPV : 179 DH 80

*DR AMZIL Rim
Neurologie
192, Bd. Mohamed BOUZIANE
Salama 3, Sidi Othman
Casablanca - Tél: 05 22 51 88 33*

PHARMACIE MARHABA

*André ACHOUR
61, Av des F.A.R Casablanca
Tél 0522 31 16 40 0522 31 43 69*