

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.



Déclaration de Maladie
M23-0017270

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 773 Société : 187388
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : AZEM MOHAMED
Date de naissance : 1947
Adresse : 44 rue 18 janv 5 CD CASABLANCA
Tél. : 0661627262 Total des frais engagés : 2195,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/12/2023
Nom et prénom du malade : AZEM Mohamed Age : 76
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection Neurologique
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 : Casablanca Le : 15/12/2023
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
15/12/2023	CS		300DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/12/23	1835,10 DH

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
		AM	PC	IM	IV	

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														
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			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

Dr Sara SABIRY

Neurologue

- Diplômée de la faculté de médecine et de pharmacie - UHIIC
- Diplôme Inter-Universitaire en Migraines et Céphalées - Paris
- Diplôme Universitaire en Electro-encéphalographie (EEG vidéo-EEG)
- Electro-myographie (ENMG)

الدكتورة سارة الصابري

طبيبة الجهاز العصبي

- دبلوم التخصص بكلية الطب والصيدلة - جامعة الحسن الثاني بالدار البيضاء.
- دبلوم جامعي في الصداغ وآلام الرأس - جامعة باريس ديدرو بفرنسا.
- دبلوم جامعي في التخطيط الكهربائي للدماغ - جامعة محمد الخامس بالرباط.
- التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات.

ORDONNANCE

Casablanca, le : 15/12/2023

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



AZEM MOHAMED

298,00

- Madopar 250 mg - comprimé quadrisécable

1/2 comprimé à 10h00, et 1/2 comprimé à 14h00 et 1/2 comprimé à 18h00 (traitement de 03 mois)

- Stalevo 150/37,5/200 mg - comprimé pelliculé

1 comprimé matin, et 1 comprimé le soir (traitement de 03 mois)

- Tuneluz 20 mg - gélule

1 gélule le matin pendant 03 mois

صيدلية بنمووسا
PHARMACIE BENMOUSSA
26, Av. Cdt. Driss El Harti
Jamila 3 - Cité Djémâa
Tél : 0522 37 38 67 - CASABLANCA

Dr. SABIRY Sara
Neurologue - EEG - ENMG
548, résidence sunnah - Casablanca
2 Mars - Modibo Keita - BSM 06:53.45.60.46
Tel: 05.22.82.10.10 INPE: 091253719

صيدلية بنمووسا
PHARMACIE BENMOUSSA
26, Av. Cdt. Driss El Harti
Jamila 3 - Cité Djémâa
Tél : 0522 37 38 67 - CASABLANCA

548, محج 2 مارس تقاطع شارع موديبوكيتا, الطابق 2 شقة 7, إقامة السنة-الدار البيضاء

548, Av. 2 Mars Angle Modibo Keita, étage 2, App. 7, Résidence sunnah- Casablanca

05 22 82 10 10 06 53 45 60 46 sara.sabiry@gmail.com

STALEVO 150/37.5/200 mg ○
Boîte de 30 comprimés pelliculés
PPV : 352,00 DH



STALEVO 150/37.5/200 mg ○
Boîte de 30 comprimés pelliculés
PPV : 352,00 DH



STALEVO 150/37.5/200 mg ○
Boîte de 30 comprimés pelliculés
PPV : 352,00 DH



STALEVO 150/37.5/200 mg ○
Boîte de 30 comprimés pelliculés
PPV : 352,00 DH



LOT 231354
EXP 08/26
PPV 1890H10

Voie C