

# 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.

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 17.88

Société :

203869

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom : HOLY M A J E L EL MASTAGA

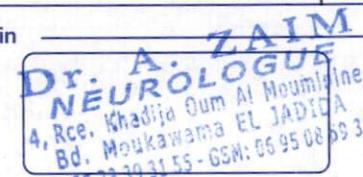
Date de naissance : 11-12-1950

Adresse : 118 Avenue Boulaqmi Maârif El Att

Tél. : 0663067869 Total des frais engagés : l'annexe de la feuille de soins

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06 MAI 2024

Nom et prénom du malade : Houman El Joutfi Age : 73

Lien de parenté :  **Lui-même**

**Conjoint**

**Enfant**

Nature de la maladie :

SL Demenai

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 : Casab

Le : 6/1/2024

Signature de l'adhérent(e) :

**VOLET ADHÉRENT**

Déclaration

Rempli

Il se

pr

## 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
06 MARS 2024	9		300 DM	Dr. NEUZO ZGUARDA Makassar, Gumi Al Moulahine Nikawana EL Jadida 55- GSM: 06 95 08 69 33

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE AL FATHI</b> Dr. Omar EL FATHI 83, Av. Med Erraifi EL JADIDA Tel: 023 34 10 96	6/8/24	2715,20

## ANALYSES - RADIographies

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

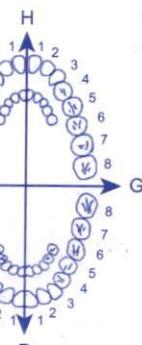
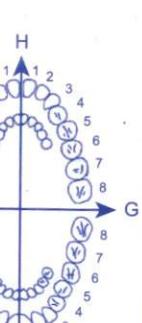
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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															
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient des travaux
H	G															
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	B															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
	<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction)</p> <p style="text-align: center;">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Montants des soins												
				Date du devis												
				Date de l'exécution												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# CABINET MEDICAL DE NEUROLOGIE

**Dr Abdelhaq ZAIM**

**NEUROLOGUE**

**Maladies du Système Nerveux**

**Musculaire et Epilepsie**

**Electroencéphalogramme (EEG)**

**Electroneuromyogramme (ENMG)**



111053633

**الدكتور عبد الحق زعيم**

**أخصائي في أمراض**

**الجهاز العصبي العضلي و العمود الفقري**

**الصرع**

**التشخيص الكهربائي للدماغ**

**التشخيص الكهربائي للأعصاب و العضلات**

El Jadida le : ..... *06 MARS 2024* ..... الجديدة في :

**HOMMAME**

**EL 70 STARS**



**1) 169.00 X 6 = 1026**

**PHARMACIE EL FATH**  
Dr. Omar EL FATH  
83, AV. Med El Raïf El Jadida  
Tél: 023 34 18 95

**Dr. ZAIM**  
NEUROLOGUE

**06/03/2024**

**3715.20**

**PHARMACIE EL FATH**  
Dr. Omar EL FATH  
83, AV. Med El Raïf El Jadida  
Tél: 023 34 18 95

**06/09/2024**

Rendez-Vous le : ..... **06/09/2024** ..... الموعود في :

إقامة خديجة أم المؤمنين رقم 4 ، شارع المقاومة الجديدة الهاتف : 05 23 39 31 55 - المحمول :

Résidence Khadija Oum Almouminone N°4 Av. Al Moukawama - El Jadida - Tél.: 05 23 39 31 55 - GSM : 06 95 08 69 33

28

PPV: 150 DH 20

GTIN: 16118001300980  
 Lot No: PTE1762A  
 EXP.: 04/2025  
 S.N.: FB4THPKPW6H



10mg.  
 (sous forme de chlorhydrate).  
 nprimé pelliculé.  
 ire: lactose  
 cations, Posologie  
 i: lire la notice à l'intérieur  
 pérature inférieure à 25°C.  
 et de la vue des enfants.

PPV: 469 DH 00



يحفظ في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية.  
 يحفظ به بعيداً عن مرأى ومتداول الأطفال.

**Composition:**

Donépézil.....10mg.  
 (sous forme de chlorhydrate).

Excipients q.s.p un comprimé pelliculé.

**Excipient à effet notoire:** lactose

Indications, Contre-indications, Posologie

& Précautions d'emploi: lire la notice à l'intérieur  
 A conserver à une température inférieure à 25°C.  
 Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

PPV: 469 DH 00

**Composition:**

Donépézil.....10mg.  
 (sous forme de chlorhydrate).

Excipients q.s.p un comprimé pelliculé.

**Excipient à effet notoire:** lactose

Indications, Contre-indications, Posologie

& Précautions d'emploi: lire la notice à l'intérieur  
 A conserver à une température inférieure à 25°C.  
 de la vue des enfants.

PPV: 469 DH 00



يحفظ في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية.  
 يحفظ به بعيداً عن مرأى ومتداول الأطفال.



GTIN: 16118001300980  
 S.N.: TEPSPNTJ3V5  
 EXP.: 04/2025  
 Lot No: PTE1762A

PPV: 150 DH 20

GTIN: 16118001300980  
 S.N.: TCHDWTPT3JUN  
 EXP.: 04/2025  
 Lot No: PTE1762A

PPV: 150 DH 20

0 28

**Mémantine Chlorhydrate**

PPV: 150 DH 20

PPV: 150 DH 20

GTIN: 16118001300980  
 Lot No: PTE1762A  
 EXP.: 04/2025  
 S.N.: JZ2JWVHTY7V5

**Composition:**

Donépézil.....10mg.  
 (sous forme de chlorhydrate).

Excipients q.s.p un comprimé pelliculé.

**Excipient à effet notoire:** lactose

Indications, Contre-indications, Posologie

& Précautions d'emploi: lire la notice à l'intérieur  
 A conserver à une température inférieure à 25°C.  
 Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

PPV: 469 DH 00



يحفظ في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية.  
 يحفظ به بعيداً عن مرأى ومتداول الأطفال.

PPV: 150 DH 20

GTIN: 16118001300980  
 Lot No: PTE1762A  
 EXP.: 04/2025  
 S.N.: JVT8TGJ39V6

