

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.

N° W19-502983

ND: 36259

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 293			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	RAN RETRAITE
Nom & Prénom : Allal ALLAL			
Date de naissance : 1932			
Adresse : NO 56 Rue RSR LELLIE ITAG ARRABA CASA			
Tél. :	Total des frais engagés : 3841100 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
DR LAHL OU IMNE			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : ABDELLAH ALLAL			
Age : 88 ans			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Affect			
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**

Signature de l'adhérent(e) : **SAC**

Le : **30/04/2020**

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
30/6/2020	CS		€ 0,00	INP : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> L'IMAGERIE Nervous et de Muscle 67353949 AG

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE 25 rue Amilcar Casablanca Maroc N° 1000 Tel: 05 22 32 15 16 E-mail: takahashi78@gmail.com</p>	30/11/18	3841,00

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

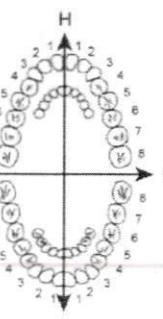
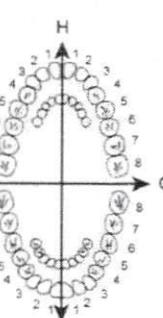
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

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 canalaire, 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[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				

الدكتورة إيمان اللحلو

أخصائية في أمراض الدماغ، النخاع الشوكي،
الأعصاب و العضلات (الكبار و الأطفال)



(أمراض الصرع، آلام الرأس، الدوخة، جلطة الدماغ،
مرض الزهيرم، مرض باركنسون، مرض التصلب المتعدد،
أمراض الأعصاب و العضلات)

التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)
التخطيط الكهربائي للأعصاب و العضلات

Dr Imane LAHLOU

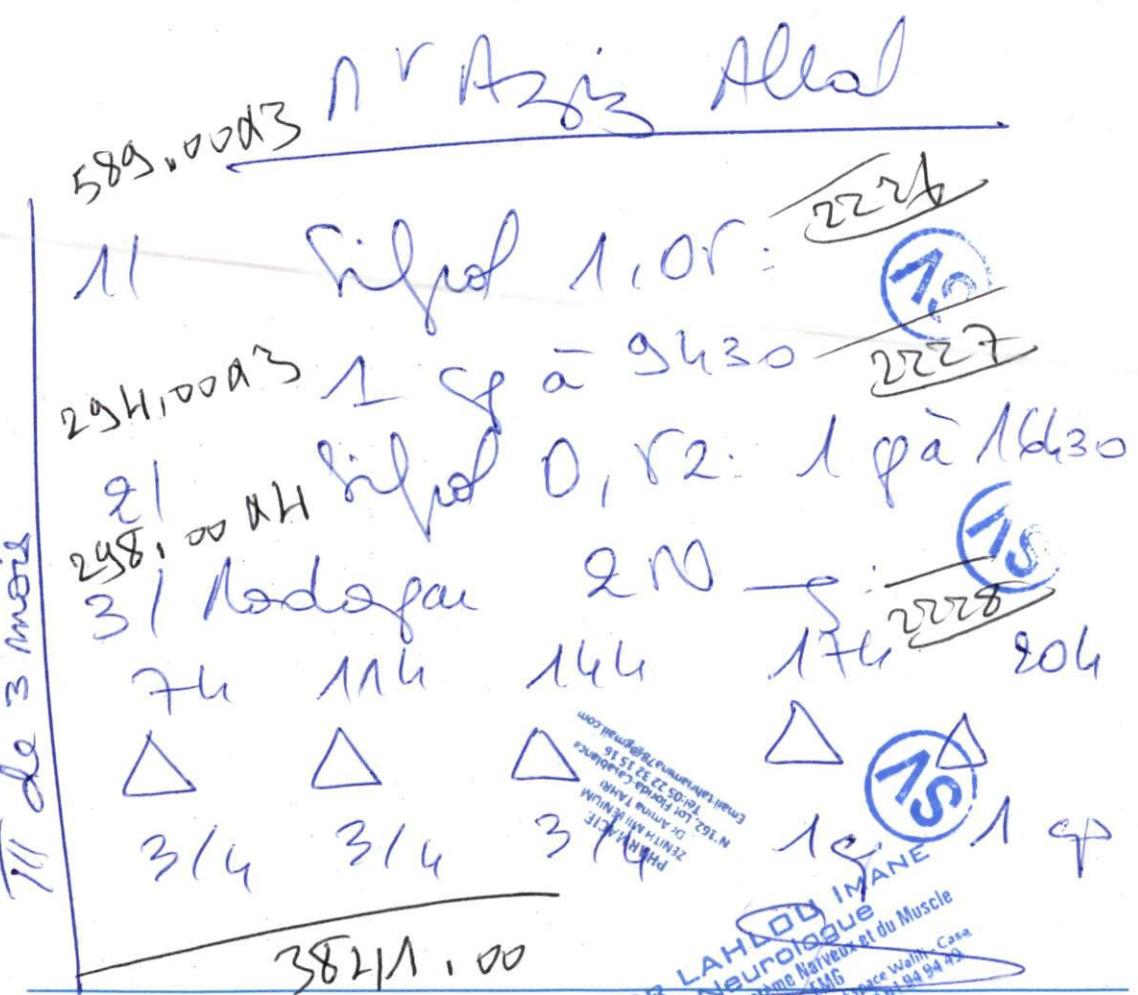
Neurologue

Spécialiste des maladies du cerveau,
de la moelle épinière, du nerf et du muscle
Adulte et enfant

(Epilepsie , Migraine , Vertiges , Accidents vasculaires cérébraux ,
Maladie d'Alzheimer , Maladie de Parkinson ,
Sclérose en plaques , Myopathies , Neuropathies)

Electroencéphalogramme (EEG - Vidéo EEG)
Electroneuromyogramme (EMG)

Casablanca, le 30/6/2020



187، شارع عبد المؤمن، إقامة وليلي، الطابق الخامس، رقم 17، الدار البيضاء (أمام محطة الطرامواي كلية الطب)

187, Boulevard Abdelmoumen, Résidence Espace Walili, 5 ème étage, N° 17, Casablanca (En face de la station du tramway faculté de médecine)

ICE : 00182404000051 - Tél : 05 22 22 28 58 - GSM : 06 61 94 94 49 - E-mail : neuro.ilahloou@gmail.com



6 118001 040612
SIFROL 1,05 mg
(Pramipexole)
Comprimé à libération prolongée
Boîte de 30

BOTTU S.A.

PPV : 589 DH 00

300207-02



6 118001 040612
SIFROL 1,05 mg
(Pramipexole)
Comprimé à libération prolongée
Boîte de 30

BOTTU S.A.

PPV : 589 DH 00

300207-02



6 118001 040612
SIFROL 1,05 mg
(Pramipexole)
Comprimé à libération prolongée
Boîte de 30

BOTTU S.A.

PPV : 589 DH 00

300207-02



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

BOTTU S.A.

PPV : 294 DH 00

300205-02



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

BOTTU S.A.

PPV : 294 DH 00

300205-02



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

BOTTU S.A.

PPV : 294 DH 00

300205-02

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



6 118001 050697

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



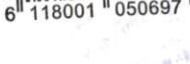
6 118001 050697

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



6 118001 050697

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



6 118001 050697