

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

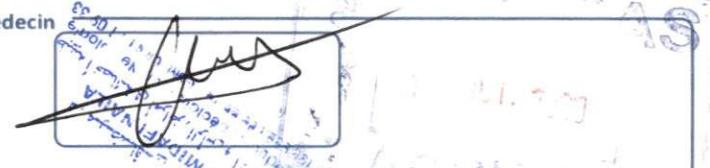
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W19-551811

ND: 43859

M.H.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8326	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : DRIOUECH LYNA			
Date de naissance : 17/06/65			
Adresse : 42 RUE IMAI MOUSLIM DAHLIS			
Tél. : 0661 376306 Total des frais engagés : 1000 Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : DRIOUECH LYNA Age : 54	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie :	<input type="checkbox"/> Conjoint
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 : 08/08/2020

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
<i>Hopital</i>	<i>C5</i>		<i>232,4</i>	<i>INP : 1111111111111111</i> <i>MEDICAL DENTAL</i> <i>INP : 1111111111111111</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Physiothérapeute	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie ABOUDABI Rue des Bouveuilles Oasis, Casablanca Tel : 0522 59 64 10</i>	<i>Le 07/08/86.</i>	<i>168,90</i>

ANALYSES - RADIGRAPHIES

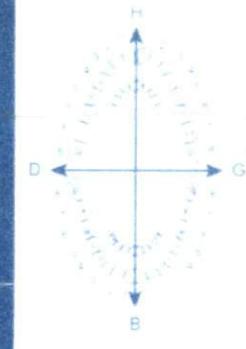
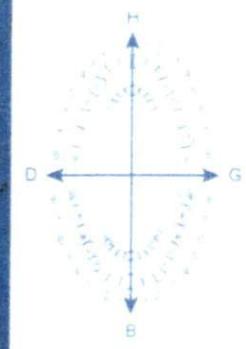
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

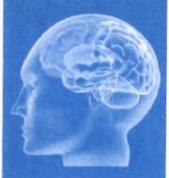
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>									
													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES													
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>30000000</td> <td>00-00000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35633411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	30000000	00-00000	B	35633411	11433553	
H	25533412	21433552											
D	30000000	00-00000											
B	35633411	11433553											
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession</p>													
													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION									
COEFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS	DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION	COEFFICIENT DES TRAVAUX									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>									
MONTANTS DES SOINS	DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION											
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>											

Dr. Naila MIDAFI
Neurologue

Spécialiste des maladies du cerveau,
de la moelle épinière, du nerf et du muscle
Spécialiste des troubles du sommeil

Adulte et enfant
(Epilepsie, Migraine, Vertige, Accidents vasculaires cérébraux, maladie d'alzheimer, Maladie de parkinson, Sclérose en plaques, Myopathies, Neuropathies)

Explorations Electroneurophysiologiques



الدكتورة نائلة ميضافى

أخصائية في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

أخصائية في إضطرابات النوم

الكبار والأطفال

(أمراض الصرع، آلام الرأس، الدوخة، جلطة الدماغ)
مرض الزهيرم، مرض باركينسون، مرض التصلب
المتعدد، أمراض الأعصاب والعضلات)
التخطيطي الكهربائي للدماغ (الشبكة)
التخطيطي الكهربائي للأعصاب والعضلات

Casablanca, le :

07.08.2020

Mr DRIOUECH Lyna

130.20
1 TRE-ZEN 20 MG

1/2 cp le matin pendant 10 jours
puis 1 cp le matin pendant 3 mois

prix 1 cp le m
35,70

1/4 Cp en cas de besoin

168.90

Pharmacie ABOU DABI
Rue des Bouvreuils
Oasis - Casablanca
Tel : 0523 99 64 10

Sur Rendez-vous

مجمع المعرّاج : ملتقى شارع أنوال و شارع عبد المؤمن، الطابق الثاني، رقم 26، الدار البيضاء
Al Miraj Center : Angle Bd. Anoual et Bd Abdelmoumen - 2^{ème} Etage N°26 - Casablanca
Tél : 05 22 86 56 04 - GSM : 06 61 71 09 33 - E-mail: nmidafi@gmail.com

TRE-ZEN® 20mg

Chlorhydrate de paroxétine

19/01/98



b2, Allée des Casuarinas - Ain Sebaa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

30

Comprimés
Pelliculés
Sécables

Voie orale

Alpraz® Alprazolam

0,5 mg



28 Comprimés sécables
Voie orale



DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS



سوطهما
Sothema