

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.

Biologie 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.

Éducation :

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.

Maladie chronique :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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

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



Déclaration de Maladie

N° P19-0048871

ND: 50185

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0287 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : REZKI AHMED
Date de naissance : 03/03/1933
Adresse : LOT 4100 RUE 3 NR 23
HAY FARABAN CASABLANCA
Tél : 368771 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 18/03/2020
Nom et prénom du malade : Rezki Ahmed Age : 87 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection neurologique
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 : 05/11/2020
Signature de l'adhérent(e) :

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
9/11/2020		09	300.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MEDIC Dr. Samira Miled 233 Rd. Sidi Abderrahmane Hay Salam - 9111 tél: 0522 94 55 30 - CASABLANCA	9/11/2020	2326,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

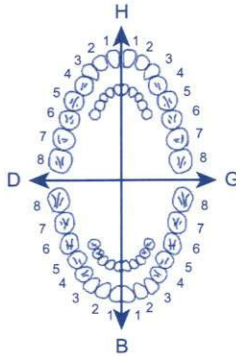
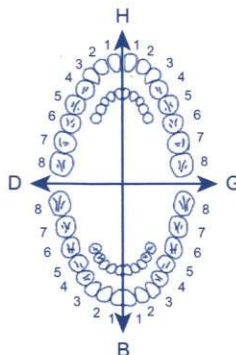
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				MONTANTS DES SOINS														
DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </table>					H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
																		
DATE DU DEVIS																		
DATE DE L'EXECUTION																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																		

الدكتورة إيمان الحلو



Dr Imane LAHLOU

Neurologue

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

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

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

التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)

التخطيط الكهربائي للأعصاب و العضلات

PHARMACIE
Dr. Samba MILAD
283, Bd. Sidi Abderrahmane
Hay Salam - C.I.L.
Tel: 0522.94 66 30-CASABLANCA

DR LAHLOU IMANE
Neurologue
Maladies du Système Nerveux et du Muscle
187 Bd. Abdelmoumen, Résidence Espace Walili, 5ème étage, N° 17, Casablanca
Tel: 05 22 22 28 58 - GSM: 06 61 94 94 49 - E-mail: neuro.ilahlou@gmail.com

Electroencéphalogramme (EEG - Vidéo EEG)
Electroneuromyogramme (EMG)

Casablanca, le 9/11/2020

N° Rezki Ahmed

561.00 x 2



12/11/2020

N° 83339

18/11/2020

9/11/2020
N° 83339
18/11/2020

Al Keppa 500 g

21.80 x 3

1 - 0 - 1

1/2 mois

2/ Aspegic 100 g



506.00 x 2 1 sachet à midi 1/2 mois

3/ Dofézil 10 g

12/11/2020
N° 83339
18/11/2020

1 sp le soir 1/2 mois

(Après accord du cardiologue)

187, شارع عبد المومن، إقامة وليالي، الطابق الخامس، رقم 17، الدار البيضاء (أمام محطة الطرامواي كلية الطب)
187, Boulevard Abdelmoumen, Résidence Espace Walili, 5ème étage, N° 17, Casablanca (En face de la station du tramway faculté de médecine)

ICE: 001824040000051 - Tél: 05 22 22 28 58 - GSM: 06 61 94 94 49 - E-mail: neuro.ilahlou@gmail.com

4/ No - dep 50 - 5 : (Apr 10j)

1/2 y le soir (S) 1/2 mis

(Apr accord du cardio)

23 26, 80

DR. LAHLOU IMANE
Neurologue
187, Bd Abdelmoumen, Casablanca
Tel: 05 22 22 23 24 - 05 22 61 54 49

PHARMACIE MILAD
Dr. Samira MILAD
283, Bd. Sini Abderrahmane
Hay Salam - C.I.L.
Tel. 0522.94 65 30 - CASABLANCA

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 561,00 DH
ID: 645477
6 118001 142606

LOT : 20E007
PER: 09 2021
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80
6 118000 061113

secu
LOT: 283
PER: JUN 2022
PPV: 126 DH 80

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Raba
PPV : 561,00 DH
ID: 645477
6 118001 142606

LOT : 20E009
PER: 05 2022
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80
6 118000 061113

PPV: 506 DH 00

PPV: 506 DH 00

LOT : 20E008
PER: 10 2021
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80
6 118000 061113