

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Education :

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.

Prothèse :

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

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° P19-0034182

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3166

Société : R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Retraite

Nom & Prénom : IBRAHIMI ABEDLLATIF

Date de naissance : 1-1-1946

Adresse : 34, Rue Anoual - Route Ain chKEF - FES

Tél. : 0662/5630 42

Total des frais engagés : 722,80

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Rhissassi Meriane
Neurologue
Makatib Al Medina 3, 20 B-Rue Assila,
1er Etage, Bureau N°1, Av des For Attis - Fes
Tél : 05 35 65 76 94

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Neuropathie + Tremblement

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 : / /

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-034182

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 3166

Nom de l'adhérent(e) : IBRAHIMI ABEDLLATIF

Total des frais engagés : 722,80 Dhs

Date de dépôt : / /

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 02/10/20 | Neurologue | 30000 | | Dr. Rhissassi Meriam Neurologue Maktab Al Medina 3, 20 B Rue Assila, 1 ^{er} Etage, Bureau N°1, Av des Far Atlas - Pcs Tel: 05 35 65 76 94 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| INPE 142028265 | 09/10/20 | 1658 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|---------|------------------------------|------------------------|
| Laboratoire GHRSI ANALYSES MEDICALES Im 5 Rue 6 Hay Essada Pcs VN Tel: 05 35 66 40 25 Fax: 05 35 60 98 01 | 2/10/20 | | 60 DH |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

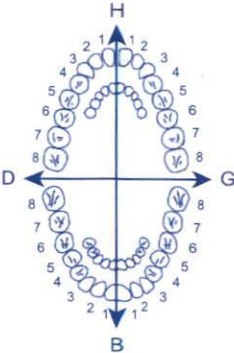
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | | Nature des Soins | Coefficient | | |
|---|-------------------|--|---------------------|-------------|----------------------------|-----------------------|
|  | | | | | CCEFFICIENT DES TRAVAUX | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCF
MASTICATOIRE

H

25533412 00000000 21433552 00000000

40x40x75

Laroxyl®
Amitriptyline

PPV:39DH80
PER:06/23
DT: J1842

Laroxyl®
Amitriptyline

PPV:39DH80
PER:06/23
LOT: J1842

Laroxyl®
Amitriptyline
40 mg/ml

Gouttes buvables
20 ml

Voie orale

Laroxyl® 40 mg/ml
Amitriptyline
Gouttes buvables 20 ml



6 118001 040407



8 001 040407

bottu s.a.
Im 5 Rue 6 Hay Essada - Casablanca
Pharmacien Responsable

001
20

EN ATTESTANT L'EX

VISA



Fabrique par bottu s.a.
12, Allée des Casuarinas - Ain Sebaa - Casablanca
S. Bachouch - Pharmacien Responsable

Lauréat de la Faculté de Médecine de Fès
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ex. Chef de Service de Neurologie - Hôpital Ibn Baytar
Electroneuromyographie « ENMG »
Electroencéphalographie « EEG » « VIDEO-EEG »

خريجة كلية الطب بفاس
طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس
رئيسة قسم الجهاز العصبي سابقا بمستشفى ابن البيطار
التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات
التخطيط الكهربائي للدماغ

ORDONNANCE

le : 09/10/2020

Mme EL BEZZARI ZAHRA

41,80 + 12
7.5
1- AVLOCARDYL 40MG:

1/2cp - 1/4cp - 1/4cp / jour

39,60 + 12
2- LAROXYL Sol Buvable:

8 gttes / jour le soir

puis 10 gttes / jour le soir

(pdt 03jrs)

(- Traitement de 3 mois -)

PHARMACIE FRAH
DR. YAHYAOUIR EL CHIDA
13 AV. IBN ATIR FARAH 2 LOT
EL ARSA - FES - TEL : 05 35 60 05 14

PHARMACIE FRAH
DR. YAHYAOUIR EL CHIDA
13 AV. IBN ATIR FARAH 2 LOT
EL ARSA - FES - TEL : 05 35 60 05 14

Dr. Rhissassi Meriam
Neurologue

Makatib Al Médina 3, 20 B Rue Assila,
1^{er} Etage, Bureau N°1, Av des Far Atlas - Fès
Tel : 05 35 65 76 94



4180

4180

AVLOCARDYL

PROPRANOLOL

40 mg

AVLOCARDYL

PROPRANOLOL

40 mg

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance

AVLOCARDYL 40 mg

50 comprimés sécables



6 118000 01022

AVLOCARDYL 40 mg

50 comprimés sécables



6 118000 010227

Lauréat de la Faculté de Médecine de Fès
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ex. Chef de Service de Neurologie - Hôpital Ibn Baytar
Electroneuromyographie « ENMG »
Electroencéphalographie « EEG » « VIDEO-EEG »

خريجة كلية الطب بفاس
طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس
رئيسة قسم الجهاز العصبي سابقا بمستشفى ابن البيطار
التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات
التخطيط الكهربائي للدماغ

le : 02/10/2020

Mme EL BEZZARI ZAHRA

Faire S.V.P:

- * NFS
- * TSH

Dr. Rhiassassi Meriam
Neurologue

Makاتب Al Medina 3, 20 B Rue Assila,
1^{er} Etage, Bureau N°1, Av des Far Atlas - Fès
Tél : 05 35 65 76 94

LABORATOIRE GHRISSI
D'ANALYSES MEDICALES
Im 5 Rue 6 Hay Essaada Fes VN
Tél : 05 35 96 40 25
Fax : 05 35 60 98 01

Dr. Rhiassassi Meriam
Neurologue

Makاتب Al Medina 3, 20 B Rue Assila,
1^{er} Etage, Bureau N°1, Av des Far Atlas - Fès
Tél : 05 35 65 76 94

INPE:147165435
IF: 26401740
ICE:002083535000093

Dr. Khalid GHRISSI
Pharmacien Biologiste Qualiticien

- Diplôme de la faculté de pharmacie et des sciences biologiques de NANCY – MONTPELLIER – PARIS V
- Diplôme Spécialisé en BIOLOGIE Médicale
- Diplôme Spécialisé en MANAGMENT Assurance Qualité

Le 02/10/2020

Facture

Réf : 21020527
Nom Du Malade : EL BEZZARI ZAHRA
Examen Demandé Par : Dr. RHISSASSI MERIAM

| Analyses |
|--|
| HEMOGLOBINE Glycosylée (HPLC :GX723). TSHus(Tech Elfa/Vidas:Biomérieux) HEMOGRAMME |

Montant = 260 DH

Arrêté La Presente Facture à La Somme de : Deux cent soixante- Dhs

LABORATOIRE GHRISSI
D'ANALYSES MEDICALES
Im 5 Rue 6 Hay Essaada Fes VN
Tél : 05 35 96 40 25
Fax : 05 35 60 98 01