

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 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|---|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Adhésion et changement de statut | adhésion@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.

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> A |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : | 10466 | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | Société : |
| Nom & Prénom : BABA OTHMANE R.R. CMN CR | | | |
| Date de naissance : | | | |
| Adresse : | | | |
| Tél. : 066119-99-78 Total des frais engagés : | | | |
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Dr CHOURKANI Najat Neuropathie IEEG EMG Résidante à Casablanca - Tél: 05 22 78 32 11 </div> | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| Date de consultation : 25/07/2019 | | | |
| Nom et prénom du malade : LOTFI HIND | | | |
| Age : 41 | | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : | | | |
| 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'at/ médecin conseil de la Mutuelle. | | | |

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 05/07/19

Signature de l'adhérent(e) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 25/07/19 | sp | | 850 DH | INP : 091144864 Dr CHOURKANI Najat Neurologue (EPG EMG) Rue Aboubakr El Kacir Residence Naim Imm. N° 5 Spt. 7 Sidi Maârouf Casablanca - Tél.: 05 22 78 44 27 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| <i>Dr CHOURKANI Najat</i> 7, Rue El Kacir, Casablanca - Tél: 05 22 36 23 33 | 25/07/19 | 1732,80 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prie 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

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Cœfficient | INP : <input type="text"/> |
|-----------------|----------------|------------------|------------|----------------------------|
| | | | | <input type="text"/> |
| | </td | | | |

Docteur CHOURKANI Najat
Neurologue

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

(Epilepsie, Migraine, Vertige, Accidents vasculaires
Cérébraux, Maladies d'Alzheimer, Maladies de Parkinson,

Sclérose en Plaques, Myopathie, Neuropathies)

DIU Electroencéphalogramme (EEG)

DIU Electroneuromyogramme (EMG)



الدكتورة شركاني نجاة

أخصائية في أمراض الدماغ والأعصاب

والعمود الفقري والعضلات (الكبار والاطفال)

(أمراض الصرع، آلام الرأس، الدوخة، جلطة الدماغ،

مرض الزهايمر، مرض البريكينسون، مرض التصلب

المتعدد، أمراض الأعصاب والعضلات)

التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

03 13 19 04 22 270
PPV 900 H70

03 13 19 04 22
PPV 900 H70

181,60

25/7/19

الدار البيضاء، في :

Jolfa Hns

96,30x2

① Alpénide 100mg 4

112 - 0 - 112



② Seroplex 10mg

71,60 1ep/j Canister

③ Alpmet 0,5mg



32,80 112 qd mi



Bd. Abou Bakr El Kadiri, Résidence Naim, Imm. N° 5 Appt 7

فم 5 الشقة رقم 7 الطابق الثاني - سيدى معروف - الدار البيضاء

Tél : 05 2278 44 77 - Gsm : 06 61 82 69 18 - E-mail :

