

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W19-452184

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	7286	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : CHRAIBI SARAH			
Date de naissance : 03/07/66			
Adresse : 37 Rue 19 LT MAACHAR II HAI HAMIDI CASA.			
Tél. : 0661108831	Total des frais engagés : 1000 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
DR. A. ALAOUI EL MOSTAPHA Neurochirurgian 18, Rue Abou Maachar - Anoual Casablanca Tél: 05 22 86 41 00			
Date de consultation :	14/09/19	Age:	12
Nom et prénom du malade : CHRAIBI SARAH			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : MÉDROSPASMOPATHIE			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 01 OCT 2019			
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 : 01/10/19**
 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
14/03/13	C 3		300 DH	INP : 0910161692 A. Abou Maachar - Neurochirurgie Rue Abou Maachar - Casablanca Tél: 05 22 88 41 00
15/03/13	A 7		7	
	B B A	X 30	700 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	
	
	
	
	

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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 :

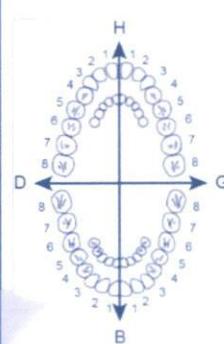
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

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

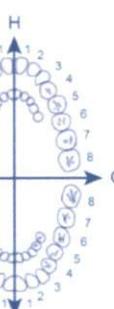
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adionction]

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
												
H <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> G D B			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553
25533412	21433552											
00000000	00000000											
<hr/>												
00000000	00000000											
35533411	11433553											
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession												
Coefficient des travaux 												
Montants des soins 												
Date du devis 												
Date de l'exécution 												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. El Mostapha Aziz ALAOUI

Neurochirurgien

Chirurgie de la colonne vertébrale

Electroencéphalographie



18, Rue Abou Maachar quartier des Hôpitaux
(à coté de Radiologie Anoual) - Casablanca
Casablanca - Tél: 05 22 86 41 00 - Fax: 05 22 86 19 38
E.mail: doctoralaoui@hotmail.com

Sur Rendez-vous

Casablanca, le.....

الدكتور عزيز علوى المصطفى

أخصائى فى أمراض وجراحة الرأس،

الدماغ، الأعصاب والعمود الفقري

التخطيط الكهربائي للدماغ

18 .. زنقة أبو معشر حى المستشفيات

بجانب المحسن بالأشعة أنوال - الدار البيضاء.

الهاتف: 05 22 86 19 38 - الفاكس: 05 22 86 41 00

البريد الإلكتروني: doctoralaoui@hotmail.com

بالوعد

الدار البيضاء في

06/09/2019

CHRAIBI Sara

56.10

NOOTROPYL
2CAC X2/J (pendant 21J)

~~22/18~~

Dr. A. ALAOUI EL MOSTAFA
Neurochirurgien
18, Rue Abou Maachar
casablanca
Tél: 05 22 86 41 00

PHARMACEUTICAL SERVICES
center
22 99 48 14
LAU
14



Dr. El Mostapha Aziz ALAOUI

Neurochirurgien
Chirurgie de la colonne vertébrale
Electroencéphalographie

12, Rue Zaki Eddine Attaoussi - Casablanca
(à côté de Clinique Neurochirurgicale Anoual)
Tél.: 05 22 86 41 00
Fax : 05 22 86 02 11
E-mail : doctoralaoui@hotmail.com

Sur Rendez-vous



الدكتور عزيز علوان المصطفى

أخصائي في أمراض و جراحة
الرأس، الدماغ، الأعصاب والعمود الفقري
التنظيف الكهربائي للدماغ

12. زنقة زكي الدين الطاوي
(قرب مصحة جراحة الدماغ أنوال) الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 86 41 00
الfax : 05 22 86 02 11
البريد الإلكتروني : doctoralaoui@hotmail.com

بالموعد

Casablanca, le

11.09.10

الدار البيضاء. في



NOM : C H R A I S I

PRENOM : S A R A

HONORAIRES POUR CONSULTATION : 300 DH

HONORAIRES POUR E.E.G K30 : 700 DH

==

TOTAL : 1000 DH

18, Rue Abou Abdellah Anoual
Tél. 0522 864100
14, Rue Zaki Eddine Attaoussi, (à côté de Clinique Neurochirurgicale Anoual) CASABLANCA -Tél.: 05 22 86 02 07/08/09/10 - Fax : 05 22 86 02 11E-mail : doctoralaoui@hotmail.com

En cas d'urgence contacter Clinique ANOUAL : Tél.: 05 22 86 02 07/08/ 09/10 - الهاتف : زنقة زكي الدين الطاوي - الدار البيضا -

doctoralaoui@hotmail.com - الهاتف : 05 22 86 02 11 -fax : 05 22 86 02 07/08/09/10 - البريد الإلكتروني : 14

14, Rue Zaki Eddine Attaoussi, (à côté de Clinique Neurochirurgicale Anoual) CASABLANCA -Tél.: 05 22 86 02 07/08/09/10 - Fax : 05 22 86 02 11E-mail : doctoralaoui@hotmail.com

Dr. El Mostapha Aziz ALAOUI

Neurochirurgien

Chirurgie de la colonne vertébrale

Electroencéphalographie



18, Rue Abou Maachar quartier des Hôpitaux
(à coté de Radiologie Anoual) - Casablanca
Casablanca - Tél.: 05 22 86 41 00 - Fax: 05 22 86 19 38
E.mail: doctoralaoui@hotmail.com

Sur Rendez-vous

Casablanca, le.....

الدكتور عزيز علوى المصطفى

أخصائي في أمراض وجراحة الرأس،

الدماغ، الأعصاب والعمود الفقري

التخطيط الكهربائي للدماغ

18، زنقة أبو معشر حي المستشفيات

بجانب الفحص بالأشعة أنوال - الدار البيضاء.

الهاتف: 05 22 86 41 00 - الفاكس: 05 22 86 19 38

E-mail: doctoralaoui@hotmail.com

بالوعيد

الدار البيضاء في

ELECTROENCÉPHALOGRAMME

CHRAIBI Sara

14/09/2019

Examen

Patient conscient coopérant, les yeux fermés

Rythme de fond : Normal fait d'ondes alpha à 8 cycles par seconde homogène synchrone et symétrique. Les épreuves d'ouverture des yeux sont normales.

La SLI et l'Hyperpnée modifient peu le tracé

Conclusion

TRACE SANS AOMALIES

Dr. EL MOSTAPHA AZIZ ALAOUI
18, Rue Abou Maachar - Casablanca
Tél.: 05 22 86 41 00

