

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Étage 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

Dos n° 10489
N° W19-471966

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0914 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : NMISSA MOHAMMED
 Date de naissance : 01-06-1944
 Adresse : Hay Toulouj Abdellah Rue 189 N°8 AIN CHOK Casa
 Tél. : 05 22 50 46 92 Total des frais engagés : 0752,60 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/11/2019
 Nom et prénom du malade : Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Neurologie - sclérose latérale amyotrophique
 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 : Casa Le : 23 / 11 / 2019

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11.11.19	452,60 102,60

[illegible]

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

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 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur ATTAR Zineb

Neurologue-Epileptologue
Adulte-Enfant

- Vidéo Electroencéphalogramme « EEG »
- ElectroNeuroMyogramme « ENMG »



الدكتورة عطار زينب

إختصاصية في أمراض الدماغ و الأعصاب
والعمود الفقري والعصابات وإختصاص أمراض
الصرع (الكبار و الأطفال)

• لتخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)

• التخطيط الكهربائي للأعصاب و العضلات

Casablanca le :

14/11/2024

M. e. Aida Yous

LOT: 0068
EXP: MAR 2024
PPV: 51,30 DH

LOT: 0065
EXP: NOV 2023
PPV: 51,30 DH

LOT: 0068
EXP: MAR 2024
PPV: 51,30 DH

51.30 x 3
x 1)

Pharmacie KH
ATTIOUI
Hay Yasmine 4 Rue 68 N° 2
Angle Rue 48 N° 21
Ain Chok - Casablanca
Tél : 05 22 50 22 06
Fax : 05 22 50 22 66

0 - 0 - 1/2/20

pris 1/2 - 0 - 1/2/3 mois

47.92

Algérie

47.90
naproxène

1 x 3/10/5ml

الصفا 404 شارع القدس، إقامة السكن الأنيق، الطابق 3 رقم 18، عين الشق، الدار البيضاء

404, Bd Al Qods, Résidence Essakane El Anik (Lot Assafaa), 3^{ème} Etage N° 18, Ain Chok - CASABLANCA.

Tel : 05 22 52 25 16

GSM : 06 65 04 33 10

Email : attar.neurologie@gmail.com

الهاتف : 05 22 52 25 16

المحمول : 06 65 04 33 10

x3) 198-⁰⁰ Nociceptor gel

f2, 180

1 app x 4/5/15/10

Debit 2

PVC: 198,00 DH

4)

1 app

210

LOT 181039
EXP 02/2021
PPV 52.80DH

المصوبية المانية
شام فايد
عبد الله زقة 187 رقم 15
05 22 21 83 15
عبد الشق الهاتف

Docteur ATAR ZINEB
Neurologue - Epileptologue
Assela 40000 - 05 22 21 83 16 - Guir-043 310

452,60