

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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11468 Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AIT EL DAJDOUB Hanane

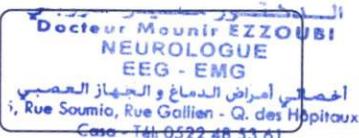
Date de naissance : 10/01/75

Adresse : habitat

Tél. : 06.60.30.18.86 Total des frais engagés : 645,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/11/2022

Nom et prénom du malade : AIT EL DAJDOUB Hanane Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : céphalée - vertige

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 : 14/11/22

Signature de l'adhérent(e) : Ha



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
29/11/12	CS		200,00	<p>الدكتور مounir EZZOUBI Docteur Mounir EZZOUBI NEUROLOGUE EEG - EMG المصالحة امراض النساء والتوليد العصبية 5, Rue Soumia, Rue Gallien - Q. des Hôpitaux Casab - Tel: 0522 48 53 61</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/11/02	3415,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

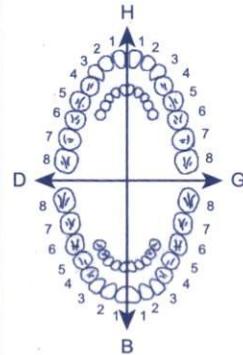
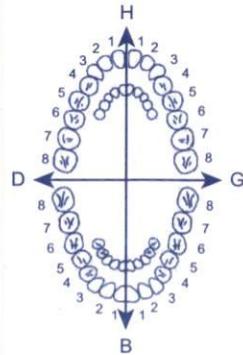
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODP.

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

Docteur Mounir EZZOUBI

Neurologue

Electroencéphalogramme (EEG)

Electromyogramme (EMG)

Diplômé de l'Université Libre de Bruxelles

Ancien Chef de Clinique aux Hôpitaux de Lille

Ancien Interne au CHU de Dijon

Expert Assermenté Auprès des Tribunaux

الدكتور منير الزوبعي

أخصائي في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)

التخطيط الكهربائي للعضلات والأعصاب

خريج كلية الطب ببروكسل

طبيب سابق

بمستشفيات فرنسا

خبير ملحق لدى المحاكم

Casablanca, le : 09.11.2022.

Mme Ait El Majdoub Hanane

40.00

- Effipred 20 mg



PPV: 40DH00
EXP: 08/2025
LOT: 24015 3

2 cp le matin , ptt 5 jours .

puis 1 cp le matin

ptt 5 jours



- Avelox 400 mg

7 jours .



1 cp le soir . ptt



96.00 - Prazol 20 mg

PPV: 96DH00
PER: 03/24
LOT: K2832-1

1 cp le matin .

14.00

- Doliprane 1



1 cp si céphalé .

345.00

Pharmacie VITA - CASABLANCA
TEL: 05 22 98 45 65
FAX: 05 22 93 04 44
DÉPARTEMENT PHARMACEUTIQUE
DÉPARTEMENT DE LA LOGISTIQUE

Dr Mounir EZZOUBI
Neurologue
EEG - EMG

أخصائي أمراض الدماغ والجهاز العصبي

5, Rue Soumia, Rue Gallien - Quartier des Hôpitaux
Casablanca - Tel: 0522 48 53 61

PPV: 14DH00
PER: 10/25
LOT: L3441

