

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.

Matricule : 2038 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EZZATI AF BOUCHAIB

Date de naissance : 01/01/1950

Adresse : Mandarouna , rue 4,3 CASABLANCA

Tél. : 069.000.9199 Total des frais engagés : Dhs

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Age:

Lien de parenté : Lui-même / Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Allergie neuropsychique

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 : 04/10/2013

Signature de l'adhérent(e) :

4/10/2013

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
08/04/2023			3000	<p>Docteur Noureddine 404, Bd Al Qods - Casablanca Tél : 05 22 32 25 16 - 05 22 32 25 16 - 05 22 32 25 16</p> <p>092058908</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES



Date

Montant de la Facture

8/4/23

516,90

092058908

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur ATTAR Zineb

Neurologue-Epileptologue
Adulte-Enfant

- Vidéo Electroencéphalogramme « EEG »
- ElectroNeuroMyogramme « ENMG »



الدكتورة عطار زينب

اختصاصية في أمراض الدماغ والأعصاب
والعمود الفقري والعضلات وإختصاص أمراض
الصرع (الكبار والأطفال)

- تخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)

- التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

08/02/2023

Casablanca le :

M^r Bachaib Ezzahaf

$$172,30 \times 3 = 516.90$$

Rinsdal supenium

S.V



1 ml - 0 -

3 mois



الصفا 404 شارع القدس، اقامة السكينة 18، الطلاق 5255، الشق، الدار البيضاء
Essafa 404, Bd Al Qods, Résidence Essakane El Anik, 3^{eme} Etage, N° 18, Ain Chok - CASABLANCA.
Tél : 05 22 52 25 16 Email : attar.neurologie@gmail.com
GSM : 06 65 04 33 10 الهاتف : 05 22 52 25 16
المحمول : 06 65 04 33 10

DAL
Rispéridone

LOT X9246
EXP 04/25
PPV 172DH30

LOT X9246
EXP 04/25
PPV 172DH30

iS DAL
Rispéridon

LOT X9246
EXP 04/25
PPV 172DH30

RON Q3/3 més