

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-767597

176547



| | | |
|--|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | |
| Matricule : M141 | Société : RAF | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre |
| Nom & Prénom : BA MOUSSE Nouma | | |
| Date de naissance : 21.12.71 | | |
| Adresse : Rue Ahmed Chraïb Rue Val d'Anfa | | |
| Tél. : 0668 97 38 83 Total des frais engagés : Dhs | | |

| | | | |
|---|--------------------------|--|--|
| Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019 | Cadre réservé au Médecin | | |
| | Cachet du médecin : | | |
| Date de consultation : 23 SEP. 2023 | | | |
| Nom et prénom du malade : BA MOUSSE Nouma Age : 52 | | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : Affection neuromotique | | | |
| 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **/ /**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| 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 |
| 23 SEP. 2023 | Chirurgie | 1 | 300,00 | INP : 0911171074 Dr. Yassine EL HASSANI NEUROCHIRURGIEN Tel: 0522 25 60 27 |
| EXECUTION DES ORDONNANCES | | | | |
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture | | |
| PHARMACIE DE LA BOURGOGNE | 23/09/2023 | 131.30 | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

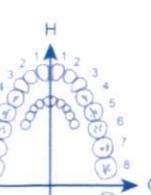
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | Montant détaillé des Honoraires | |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | | |
| | | A M | P C | I M | I V |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

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 | 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 | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | |
|  | 25533412 | 21433552 | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | |
| | 00000000 | 00000000 | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | |
| | D | G | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | |
| | 35533411 | 11433553 | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la profession | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Yassine El Hassani

Neurochirurgien
Spécialiste en Chirurgie de la tête et du dos
Adulte et Enfant
Ancien interne des hôpitaux
Ancien Chef de clinique neurochirurgie
Hôpitaux Universitaires Genève (Suisse)
Diplômé en Electroencéphalographie à Lille (France)
Spécialiste en migraines et céphalées

Sur rendez vous

الدكتور ياسين الحساني

طبيب جراح للأعصاب
مختص في جراحة الرأس والظهر
للילדים والأطفال
طبيب داخلي في المستشفيات الجامعية سابقا
رئيس مصحة لجراحة المخ والأعصاب
لالمستشفى الجامعي لختيف سافانا (سويسرا)
حاصل على دبلوم في التخطيط الكهربائي للدماغ بيليل (فرنسا)
الشقيقة والألم الرأس

بالموعد

Casablanca le.....

23 SEP. 2023

Rp :

Dr YACIE JERRADA
Abderahim Bouabid
Oasis CASABLANCA
Tel: 23.54.49 / 99.05.18

Mme Bourassa Mme

LOT : 06223017
PER : 03/2024
PPV : 47.90 DH

47,90

LOT 211482
EXP 04/2024
PPV 52.80DH

DOLAMINE
Boîte de 20 comprimés P.P.V. : 15,30 DH
6 118000 190394

DOLAMINE
Boîte de 20 comprimés P.P.V. : 15,30 DH
6 118000 190394

27.90

- Algixine 20mg

52.80

- Gele 20mg msk

$15.30 \times 2 = 30.60$

- Dolamine 1.75 msk

131.30

Bd Abderahim Bouabid (ex Jerrada), N°61 et rue des mésanges N°5, CP 20410, Quartier Oasis Casablanca
شارع عبد الرحيم بوأبيد (شارع جرادة سابقا)، رقم 61 وزاوية زنقة ميزنخ رقم 5، درب الوازيس - الدار البيضاء
الفاكس/الهاتف : 06 26 43 32 82 - المستعجلات : 05 22 25 60 27
البريد الإلكتروني : drehassaniyassine@gmail.com