

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJET

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 canaux, 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 canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 3 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage 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

N° W21-707790

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7221 Société : A.A.M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Dahan Farah

Date de naissance : 28-9-1963

Adresse : 111 rue de la République

Tél. : 06 22 07 29 05 Total des frais engagés : 300 + 555,2 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/01/2024

Nom et prénom du malade : Dahan Farah

Age : 59

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Céphalée

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 : 25/01/24

Signature de l'adhérent(e) :

Farah

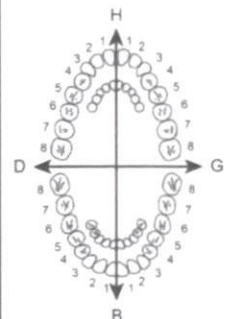
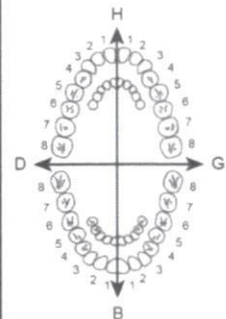
VOLET ADHÉRENT

RELEVÉ 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
25.01.24	C	-	300 م	INP :  Dr. Mounir Boumoune NEUROLOGUE EEG - EMG أخصائي أمراض الدماغ والجهاز العصبي 3 Rue Soumia, Rue Gallien - Q. des Hôpitaux Casablanca - Tél: 0522 48 53 53

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE IBN NAFIS 28, Avenue du 2 Mars Casablanca - Tél: 0522 273169	25.01.2024	T = 11,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
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
		AM	PC	IM	IV	

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"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	(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 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

Casablanca, le : **25.01.2024**

الدكتور منير الزوبي

أخصائي في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)

التخطيط الكهربائي للعضلات والأعصاب

خريج كلية الطب ببروكسيل

طبيب سابق

بمستشفيات فرنسا

خبير محلف لدى المحاكم

Maphar
Bd Akimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Seroplex 10mg cp sec b28
P.P.V : 240,00 DH
5 118001 184989

Mme DAHOU Farah

Maphar
Bd Akimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Seroplex 10mg cp sec b28
P.P.V : 240,00 DH
6 118001 184989

240,00 x 2

1 SEROPLEX 10mg cp pellic séc : Plq trans/28

1 comprimé le matin, au cours du repas, pendant 3 mois.

3570 x 6

2 ALPRAZ 1 MG

1 comprimé le soir, après le repas, pendant 3 mois.

3570 x 6

Docteur Mounir EZ

Pharmacie Ibn Nafis
28, Avenue du 2 Mars
Casablanca - Tél: 05 22 27 31 69
Docteur Mounir EZZOUBI
NEUROLOGUE
EEG - EMG
في أمراض الدماغ والجهاز العصبي
5, Rue Gallien - Q. des H.
Casa - Tél: 05 22 48 53 41

LOT 230958 1
EXP 03 2026
PPV 35.70
LOT 231384 1
EXP 04 2026
PPV 35.70

LOT 222108 1
EXP 06 2025
PPV 35.70

LOT 222108 1
EXP 06 2025
PPV 35.70

LOT 231724 1
EXP 05 2026
PPV 35.70

LOT 222108 1
EXP 06 2025
PPV 35.70

عبد المومن 5، زقة كاليان، إقامة سومية، شقة 9، الطابق 2، حي المستشفيات - الدار البيضاء - الهاتف: 06 62 15 93 32 / 05 22 48 53 61

Bd. Abdelmoumen 5, Rue Gallien, Résidence Soumia App.9 - 2^e Etage, Quartier des Hôpitaux - Casaban

ICE : 001584535000084 - Tél. : 05 22 48 53 61 / 06 62 15 93 32 / E-mail : mounir.ezzoubi@gmail.com