

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

- Adresses Mails d'autres**

 - 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.



Déclaration de Maladie

Nº W19-501808

$n_0 = 19582$

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) _____			
Matricule :	8181	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : DABOKE Farah			
Date de naissance :	28/09/1963		
Adresse :	14, rue de Provence		
Tél. :	0672092755	Total des frais engagés :	694,20 + 300 Dhs

Cachet du médecin :	دكتور منذر الرزق Doktor Mounir EZZOUBI NEUROLOGUE EEG - EMG المختاري أسراف السماحة - المهازن العصبي 5, Rue Saïmia, Rue Gallien - Q. des Hôpitaux Caxo - Tél: 0522 48 53 61
Date de consultation :	٠٤/١٠ / ٢٠٢٢
Nom et prénom du malade :	DAHOUY Farah
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Céphalée de tension
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidentiel 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 : _____ le : _____ / _____ / _____

Signature de l'adhérent(e) :

Digitized by srujanika@gmail.com

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIBES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
04/01/20 CS		01	300.00	<p style="text-align: center;">INP - 1091068211 Doctor Mounir EZZOUBI NEUROLOGUE EEG - EMG يَا لَمْ يَأْتِ الْمُعْذِنُ بِالْمُحْمَدِ 5, Rue Soultan Riaz Goffart, C.G. des Hôpitaux Casab - Tel: 0522 48 53 60</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
B PHARMACIE DE LA MARE	05/11/2024	696,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

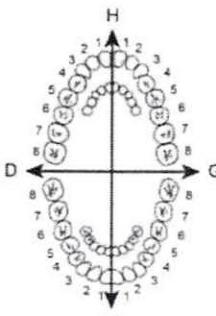
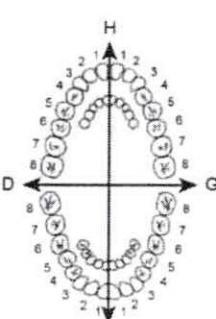
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODDE.

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"/>
	$ \begin{array}{r} \begin{array}{r} 25533412 \\ 00000000 \\ \hline 35533411 \end{array} \quad \begin{array}{r} 21433552 \\ 00000000 \\ \hline 11433553 \end{array} \\ \hline \begin{array}{c} D \qquad \qquad \qquad G \\ \hline 00000000 \qquad 00000000 \\ \hline 35533411 \qquad 11433553 \end{array} \end{array} $ <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

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

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Qz Zenata Ain seba Casablanca
Seroplex 10mg cp sec b28
P.P.V : 240,00 DH

6 118001 184989

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Qz Zenata Ain seba Casablanca
Seroplex 10mg cp sec b28
P.P.V : 240,00 DH

6 118001 184989

الدكتور مونير

أخصائي في أمراض الـ

التخطيط الكهربائي

التخطيط الكهربائي للعضلات والأعصاب

خريج كلية الطب ببروكسل

طبيب سابق

LOT 192011 1
EXP 09 2022
PPV 35,70 35.70

Casablanca, le : 04.01.2020

Mme DAHOU Farah

240.00 X

1 SEROPLEX 10 mg cp pellic séc : Plq/28

1/2 comprimé le matin, au cours du repas, pendant 3 mois.

35,70 x 6

2 ALPRAZ 0.5 MG

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

3 EFFORTIL sol buv : Fl/30ml

20 gouttes le matin et le soir, pendant 1 mois.

690.20

23736

23731

35,70

Docteur Mounir EZZOUBI

26, Avenue du Zairia
Casablanca - Tel: 052273180
PHARMACIE IBN KHALDOUN

الدكتور مونير الزوبي
Docteur Mounir EZZOUBI
NEUROLOGUE
EEG - ECG
أخصائي أمراض المخاغ والجهاز العصبي
5, Rue Soumia, Rue Gallien - Q. des Hôpitaux
Casa - Tel: 0522 48 53 61

35,70

LOT 192010 1
EXP 09 2022
PPV 35.70

6 118001 184989