

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

phacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0037427

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9221

Société : RAN (60749)

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : YA RACHID A.B. DRIJAD

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° M21- 0037427

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

9271

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

YAKout X Abdellmoujid

09.03.67

Date de naissance :

Adresse :

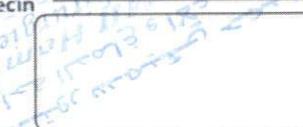
Tél. : 0611899083

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

28/10/2021

Age :

Nom et prénom du malade :

YAKout X Abdellmoujid

130

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Epilepsie

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.

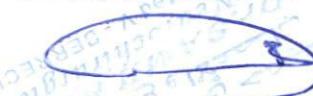
Fait à :

Le : 22/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :



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
28.10.20	C7	20094	INP : 022-5336.05	
	K	K30	K30	Handwritten signature

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
22.10.2020 Dr. Mohamed A. BERECIHI DOCTEUR KADRI L. A. HIB PHARMACIE 2000 0620005910	28.10.20	475.80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

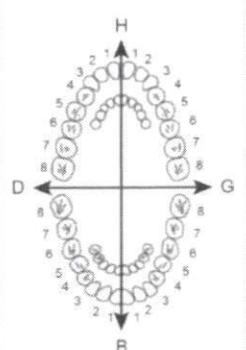
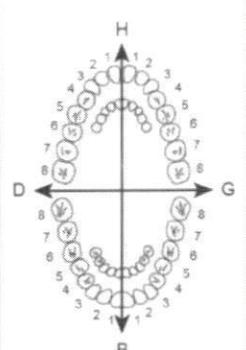
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

DES TRAVAUX														
MONTANTS DES SOINS														
DEBUT D'EXECUTION														
FIN D'EXECUTION														
COEFFICIENT DES TRAVAUX														
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	
H	25533412	21433552												
D	00000000	00000000												
B	00000000	00000000												
G	35533411	11433553												
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 SAMII HAMID

Spécialiste de Neurochirurgie

Spécialiste des maladies

Du Cerveau et de la colonne vertébral

Ex. Attaché C.H.U Avicenne Rabat

Ex. Attaché C.H.U Timone Marseille



الدكتور سميسي حميد

اختصاصي في جراحة الدماغ

والأعصاب والعمود الفقري

جراح سابق بمستشفى ابن سينا الرباط

جراح سابق بمستشفيات مرسيليا فرنسا

Berrechid , le

08.08.22
برشيد, في



061171765

ORDONNANCE

79,30

جفال ملحوظ

لـ ٢٠٠

✓ ١٢٦,٨٠

LOT : 1058783-1
PER : 09-2022
PPV : 79,30DH

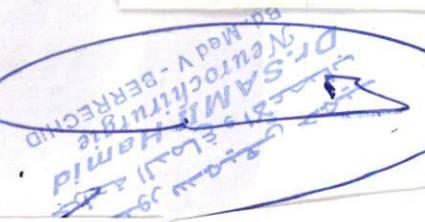
LOT : 1058783-1
PER : 09-2022
PPV : 79,30DH

Dr. SAMII HAMID
B.d Mohamed V - Berrechid
Téléphone : 022.53.36.05
Dr. Kaderi L. Zineb
Pharmacie 2000



LOT : 1058783-1
PER : 09-2022
PPV : 79,30DH

LOT : 105953-1
PER : 11-2022
PPV : 79,30DH



LOT : 1058783-1
PER : 09-2022
PPV : 79,30DH

LOT : 1058783-1
PER : 09-2022
PPV : 79,30DH

DR HAMID SAMII
BOULEVARD MOHAMMED V IMMEUBLE 47
BERRECHID

GSM 0661296126

RAPPORT MEDICAL

NOM : YAKOUTI AYOUB

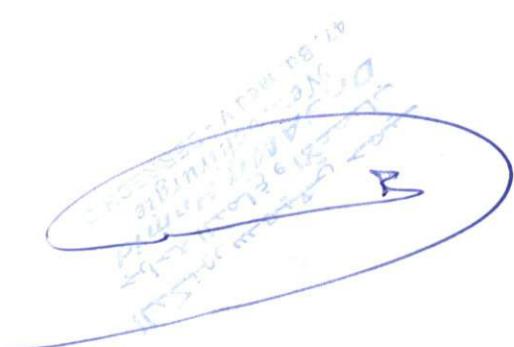
Sexe : M

Age : 13 ANS

- Le tracé de fond régulier de type alpha bien architecturé,
- Presence de pointes et d'ondes pointes lentes .
- HPN et SLI ne modifie pas le tracé .

CONCLUSION

-Tracé EEG de type paroxystiques .



Docteur SAMII HAMID

Spécialiste de Neurochirurgie

Spécialiste des maladies

Du Cerveau et de la colonne vertébral

Ex.Attaché C.H.U Avicenne Rabat

Ex. Attaché C.H.U Timone Marseille



الدكتور سمي عي حميد

اختصاصي في جراحة الدماغ

والأعصاب والعمود الفقري

جراح سابق بمستشفى ابن سينا الرباط

جراح سابق بمستشفيات مرسيليا فرنسا

Berrechid , le 28/10/2020 برشيد, في



061171765

ordonnance

YAKOUTI
AYOUS

C 2 + 200 DH ≠

EEG K 30 + 400 DH ≠

TOTAL ≠ 600 DH ≠

≠ SIX CENT DH ≠

الدكتور سمي عي حميد
جراح الدماغ والأعصاب
Dr. Sami Hamid
Tél: 0634 27 26 28 / 06 59 12 13 15