

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.

Diagnostique 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

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

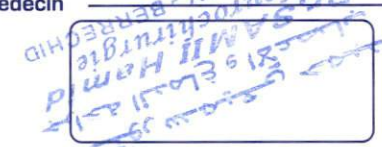
N° M20- 0002477

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique **98140** ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **96-0506** Société : **R.A.M.**
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : **M. Ben Bedda Filali**
Date de naissance : **1942**
Adresse : **44, M4 AB d'Alger, Casablanca 197 N° 35**
Tél. : **06 50 56 95 19** Total des frais engagés : **✓** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
Date de consultation : **09/11/2021**
Nom et prénom du malade : **BEN BEDDA FILALI** Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : **Glaucome, Vertiges**
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 : **15/11/2021**
Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
9/11/2024	EEG F 70	2	2000H 4000H	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
الصيدلية فاخر شحاتم عبد الله رقم 187 522 21 83 الهاتف: 15 INPE: 092028166	09/11/2024	4000H

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

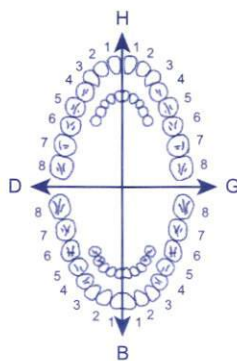
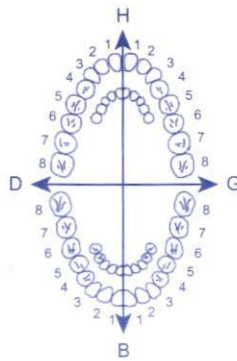
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				Coefficient DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				DEBUT D'EXECUTION																
				FIN D'EXECUTION																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		Coefficient DES TRAVAUX
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS																
			DATE DU DEVIS																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur SAMII HAMID



الدكتور سميعي حميد

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

إختصاصي في جراحة الدماغ
والأعصاب والعمود الفقري
جراح سابق بمستشفى ابن سينا الرباط
جراح سابق بمستشفيات مرسيليا فرنسا

برشيد, في 9.11.2008 Berrechid, le

ORDONNANCE



061171765

Ben Berrechid
T. Hamid

93.80
As Karim 160g



74.30
Nalpa 100g

15
187
22 21 83 15
INPE: 092028166
من موكلي عبد الله زريقه
عن الشقيق - الهاتف:
05 22 21 83 15
INPE: 092028166

98.30
A. Ummid 30g

15
187
22 21 83 15
INPE: 092028166
من موكلي عبد الله زريقه
عن الشقيق - الهاتف:
05 22 21 83 15
INPE: 092028166

45.00
Zapida 100g

44.00
Zapida 100g

Docteur SAMII HAMID

Spécialiste de Neurochirurgie
Spécialiste des maladies
Du Cerveau et de la colonne vertébrale
Ex. Attaché C.H.U Avicenne Rabat
Ex. Attaché C.H.U Timone Marseille



الدكتور سميعي حميد

إختصاصي في جراحة الدماغ
والأعصاب والعمود الفقري
جراح سابق بمستشفى ابن سينا الرباط
جراح سابق بمستشفيات مرسيليا فرنسا

برشيد, في 09/11/2021, le Berrechid



061171765

~~ORDONNANCE~~

BEN BEDDA
JILALI

C2 #2000H →

EEGK 70 #4000H →

TOTAL #6000H →

#SIX CENTOH

جراحة الدماغ والأعصاب
Dr. SAMII Hamid
Neurochirurgie
47, Bd. Med V - BERRECHID

CABINET DE NEUROCHIRURGIE

DR SAMII HAMID

COMPTE RENDU D ELECTROENCEPHALOGRAPHIE

Nom : BEN BEDDA

Prénom : JILALI

Age: 79 ANS

INTERPRETATION

Le trace exprime un rythme de fond alpha à 8-9 c sec postérieur et bilatéral.
Présence de grapho éléments paroxystiques.
LA SLI ne modifie pas le tracé.

CONCLUSION

TRACE EEG PAROXYSTIQUE.

47, Bd. Méd V - BERRA
Neurochirurgie
DR SAMII HAMID
01 98 11 11 11
01 98 11 11 11
01 98 11 11 11