

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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 : 1977 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BELGHITI ALAOUI Abdelaziz

Date de naissance : 21/03/1951

Adresse : 95, Bd des sum Rebbi H/Horreni El oufia CABA

Tél. : 0670875028 Total des frais engagés : 752,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/05/2022

Nom et prénom du malade : Mr SEBRAAT KHADIDA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : dy = Nerve

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

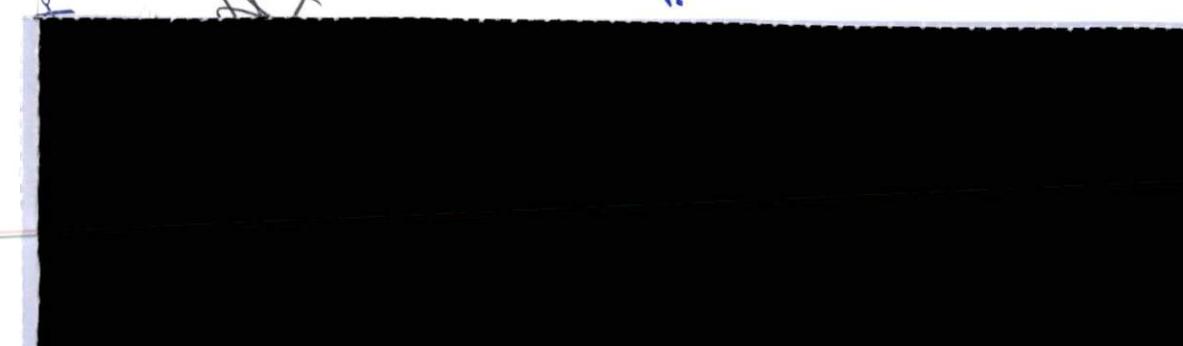
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : IT'S 5/5/2022 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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.

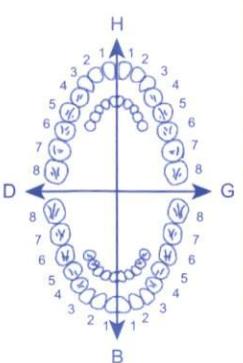
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODP.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <p style="text-align: center;">H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: right;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: right;">00000000 11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">G</p> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	D	25533412 00000000	21433552 00000000	B	00000000 35533411	00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
D	25533412 00000000	21433552 00000000						
B	00000000 35533411	00000000 11433553						
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>						
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>						
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Salwa OUMARI

NEUROLOGUE

Spécialiste des Maladies du Cerveau, de La Moelle Epinière, du Nerf et du Muscle

- Epilepsie, Migraine, Accident Vasculaire Cérébral
 - Maladie d'Alzheimer, Maladie de Parkinson
 - Sclérose en Plaques, Myopathie, Neuropathie

Electroencéphalogramme (EEG/Vidéo EEG)

Electroneuromyogramme (EMG)



الدكتورة سلوى عماري

طبيعة انتهاكية في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

- نفّال الصُّرْعَ، آلام الرَّأْسِ، الدُّوَخَةُ، جُلْطَةُ الدِّمَاغِ
• مَرْضُ الزَّهِيمِرِ، مَرْضُ بَارْكِينْسُونِ، مَرْضُ التَّصْبِيلِ الْمُتَعَدِّدِ
• امْرَاضُ الْأَعْصَابِ وَالْعَضْلَاتِ

الخطب الكهربائي للدماغ : الشبكة

الخطب الكهريائي للأعصاب والعضلات

843105 122

SERRATI N GAD MA

1 Maledor 2



Dr. Adelaine DIAZ HASSAII
49. Boulevard OMERRABIAH
EL JULIA - CASABLANCA Tel. 052 50 88 72 22

PHARMACIE OUM EL KAMAL

21 Siglo 4056

10 ft 3 m

العنوان: Case No. 16229-200
البلد: Egypt
الرقم: 162702-DEC-00199600
العنوان: Case No. 16229-200
البلد: Egypt
الرقم: 162702-DEC-00199600

154.35

Sc 1 t c t 18



Ch



CE 0019196400
TÉL. 05 22 90 88 72
N° CLIC-FEC-EMC
Série OUMERRABBI
Date 6 Sept 2011

452 80

X +