

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- 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.

M22- 0011118

123791

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 14 89 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Mustaqi

Mouland

Date de naissance :

1950

Adresse :

Tél. : 06 67 13 24 30 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Age:
 Enfant

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie :

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 :

Le : /

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
10/05/2022	10/05/2022	£ 61,50

ANALYSES - RADIographies

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur CHOURKANI Najat

Neurologue

Spécialiste des maladies du cerveau
de la moelle épinière,
du nerf et du muscle (Adulte et enfant)



(Epilepsie, Migraine, Vertige, Accidents vasculaires
Cérébraux, Maladie d'Alzheimer, Maladies de Parkinson,
Sclérose en Plaques, Myopathie, Neuropathies)
DIU Electroencéphalogramme (EEG)
DIU Electroneuromyogramme (EMG)

الدكتورة شركاني نجاة

أخصائية في أمراض الدماغ والأعصاب
والعمود الفقري والعضلات (الكبار والآطفال)

(أمراض المصلع، آلام الرأس، الدوخة، جلطة الدماغ،
مرض الزهايمر، مرض البركينسون، مرض التصلب
المتعدد، أمراض الأعصاب والعضلات)
التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)
التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

10/05/2022 الدار البيضاء في :

Casablanca, Le :

Mr MOSTAOUI MOULOUD

Duplicata

1 - Dopezil ranbaxy 5 mg

1 Comprimé le matin

328,40



2 - Almantin 10 mg

1 Comprimé le soir

189,10



3 - Tuneluz 20 mg

1 Gélule le matin



4 - nootropyl sirop

1 dose de 800 *3 / jour

56,16
x 4

5 - Prisdal 0.5

1 comprimé le soir

Traitements Continus
de : 3 Mois
Renouvelable

761,50

PHARMACIE ADDIAR
16-18 Rue 2 Addiar Al Jadida
022-50.75.19

Mr. CHOURKANI Najat
Neurologue (EEG - EMG)
Rue Abou Bakr El Kadiri Résidence Naim
Imm. N° 5 Appt. 7 Sidi Maârouf
Casablanca - Tel: 05 22 78 44 17

PHARMACIE ADDIAR
16-18 Rue 2 Addiar Al Jadida
022-50.75.19

Bd. Abou Bakr El Kadiri, Résidence Naim, Imm. N° 5 Appt 7, 2^{ème} Etage - Sidi Maârouf - Casablanca
شارع أبو بكر القادي، إقامة النعيم، عمارة رقم 5 الشقة رقم 7، الطابق الثاني - سيدى معروف - الدار البيضاء

Tél. : 05 22 78 44 77 - Gsm : 06 61 82 69 18 - Email : nai.chourkani@gmail.com

