

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.

MUPRAS : Centre Aljal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aljal Ben Abdellah - Quartier de l'Hopital Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Declaration de Maladie

Nº W21-616508

189686

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	2588	Société :	Royal AT nafce
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Nme Bencheboun fatih			
Date de naissance :	28-01-1987		
Adresse :	180, Impasse Ennasrine HAY RATHA		
Tél. :	0689380990	Total des frais engagés :	Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	24/08/2022		
Nom et prénom du malade : Bencheboun fatih Age:			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Migraine, céphalgie			
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 : 24/08/2022		
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
24/08/22	G		300,00	Dr. Mounir EZZOUBI NEUROLOGUE EEG / EMG 13 Rue Annanis Beausejour - Casablanca - Tél: 0522 44 53 61

PHARMACIE ALTAIR EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Remesseur	Date	Montant de la Facture
Mr. LAKHASSI DR. MOUNIR EZZOUBI	24/08/22	99,20
13 Rue Annanis Beausejour Casablanca Tel: 0522 44 53 61	24/08/22	851,20 D.H.

INP 092003150

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

VOLET ADHERENT

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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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 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

Expert Assermenté Auprès des Tribunaux

الدكتور منير الزوبعي

أخصائي في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)

التخطيط الكهربائي للعضلات والأعصاب

خريج كلية الطب ببروكسل

طبيب سابق

بمستشفيات فرنسا

خبر محقق لدى المحاكم

24.08.2022

Casablanca, le :

Mme BENCHEKROUN Fatiha

94,00 x 8.

1 VELAXOR 37.5 MG LP

1 gélule le soir, au cours du repas, pendant 6 mois.

99,20 2 NUPENTIN 300 MG

1 gélule le matin, au cours du repas, pendant 2 jours.

Puis 1 gélule le matin et le soir, pendant 2 jours.

Puis 1 gélule le matin, à midi et le soir, au cours du repas, pendant 3 mois.

PHARMACIE AL AMANA
Mme Alami Sounni Samira
Docteur en Pharmacie
13, Rue Annarjis Beauséjou
Casablanca Tél: 05 22 39 09 70

صيدلية الشرق
PHARMACIE DE L'ORIENT
Mme LAKHSASSI TABBARA Latifa
212, Bd Yacoub El Mansour - Casablanca
Tél: 05 22 26 75 51

AMMAM92

Docteur Mounir EZZOUBI

PHARMACIE AL AMANA
Mme Alami Sounni Samira
Docteur en Pharmacie
13, Rue Annarjis Beauséjou
Casablanca Tél: 05 22 39 09 70

T = 851.201

DHS.

الدكتور منير
Docteur Mounir EZZOUBI
NEUROLOGUE
EEG - EMG
أخصائي في أمراض الدماغ والجهاز العصبي
5, Rue Soumia, Bld Gallien - Q. des Hôpitaux
Casablanca - Tél: 05 22 48 53 61

PHARMACIE AL AMANA
Mme Alami Sounni Samira
Docteur en Pharmacie
13, Rue Annarjis Beauséjou
Casablanca Tél: 05 22 39 09 70

شارع عبد المؤمن 5، زنقة كاليان، إقامة سومية، شقة 9، الطبق 2 ، حي المستفيضات - الدار البيضاء . الهاتف : 06 62 15 93 32 / 05 22 48 53 61

Bd. Abdelmoumen 5, Rue Gallien, Résidence Soumia App.9 - 2^e Etage, Quartier des Hôpitaux - Casablanca
ICE : 001584535000084 - Tél. : 05 22 48 53 61 / 06 62 15 93 32 / E-mail : mounir.ezzoubi@gmail.com

VELAXOR® LP

Venlafaxine

37,50 mg

LOT 1012520

EXP 09/23

PPV 94DH00

LOT N°:

EXP:

PPV:

VELAXOR® LP

Venlafaxine

37,50 mg

LOT 1107572

EXP 06/24

PPV 94DH00

LOT N°:

EXP:

PPV:

94,00

LOT N°:

EXP:

PPV:

94,00

VELAXOR® LP

Venlafaxine

37,50 mg

LOT 0005423

EXP 09/23

PPV 94DH00

VELAXOR® LP

Venlafaxine

37,50 mg

LOT 1012521

EXP 11/23

PPV 94DH00

VELAXOR® LP

Venlafaxine

37,50 mg

LOT 0003392

EXP 04/23

PPV 94DH00

VELAXOR® LP

Venlafaxine

37,50 mg

LOT 1107572

EXP 06/24

PPV 94DH00

NUPENTIN®

Gabapentine

99,20



300 mg

30 gélules
Voie orale