

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

- 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 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° P19- 0038883

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2547 Société : RAM.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : AMRANI Abdelmoula
 Date de naissance : 27/04/1953
 Adresse : HAY OUSSA BD TADAK 216
 Tél. : 065041839 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/12/2022
 Nom et prénom du malade : Amrani Anouar Age : 15ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : trouble psychiatrique
 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) :

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
08/12/22	C		400,00 DHS	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. Mohammed CHAFIQ NEUROLOGUE Centre Médical Sidi Othmane 1 ^{er} étage Place de la Préfecture Avenue 10 Mars, Sidi Othmane Tél : 0522 37 41 63 - CASA	08/12/22	EEL INPE 091039685	500 DHS

AUXILIAIRES MEDICAUX

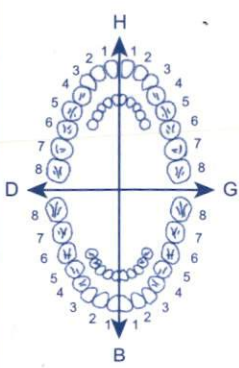
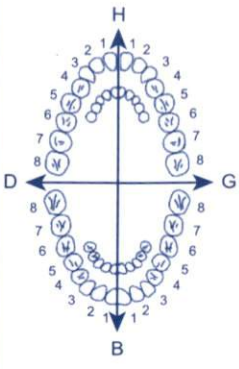
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
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>D</td> <td>G</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> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

Dr Amal MABKHOUT

- ▣ Pédopsychiatre
- ▣ Bébé - Enfant - Adolescent
- ▣ Psychothérapeute
- ▣ Addictologue

Ancienne interne à l'hôpital
Sainte Anne Paris (France)



الدكتورة أمال مبخوت

- ▣ طبيبة نفسية للرضع و الأطفال و المراهقين
- ▣ العلاج النفسي بالجلسات
- ▣ أخصائية في علاج الإدمان

طبيبة سابقا بمستشفيات باريس (فرنسا)

Casablanca, le 02/12/2022

Amrani Amour

- Age = 15 ans.
- difficultés attentionnelles
oublis fréquents.

Dr. Mohammed CHAFI
NEUROLOGUE
Centre médical Sidi Othman
3ème étage Place de la Préfecture
Avenue 10 Mars Sidi Othmane
Tél : 0522 37 41 63 - CASA

Dr. Amal MABKHOUT
PÉDOPSYCHIATRE
Bd Al Qods, Lot. Assakane Al Anik 1, Rés. Al Hakim, N° 14
Ain Chock - Casablanca
Tél : 05 22 87 52 85

Dr MOHAMMED CHAFIQ
Place de la Préfecture
Avenue 10 Mars
3ème étage, Centre Médical
Sidi Othmane - Casablanca

CASA le : 08/12/2022

COMPTE RENDU
ELECTROENCEPHALOGRAMME

Date : 08-12-22

Nom : AMRANI
Prénom : ANOUAR
Age :

§Médecin traitant : Dr : AMAL.MABKHOUT

Renseignements cliniques :- Difficultés attentionnelles.
Conditions d'enregistrement :

Interprétation :

- Tracé fait d'un rythme de fonde Alpha 10 c/s régulier, symétrique et réactif à l'ouverture des yeux.
- La SLI et HPN sans anomalies.

Conclusion :

- Rythme de base normal. .
- Absence de d'anomalies paroxystiques.

Dr. Mohammed CHAFIQ
NEUROLOGUE
Centre médical Sidi Othman
3ème étage Place de la Préfecture
Avenue 10 Mars, Sidi Othmane
Tél : 0522 37 41 63 - CASA

Dr MOHAMMED CHAFIQ
NEUROLOGUE

Casablanca le : 08-12- 22

Place de la Préfecture
Avenue 10 Mars
3ème étage, Centre Médical
Sidi Othmane - Casablanca
Tel : 0522-37-41-63

HONORAIRE

Nom : AMRANI
Prénom : ANOUAR
Electroencéphalographie : Cinq Cent Dirhams.
Arrêtée la présente facture à la somme de : 500 DH

Patente N° 32784216 ICE : 001878794000070

IF : 48968067

N° : CNSS 7129936

Dr. Mohammed CHAFIQ
NEUROLOGUE
Centre médical Sidi Othman
3ème étage Place de la Préfecture
Avenue 10 Mars, Sidi Othmane
Tel : 0522 37 41 63 - CASA