

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

- Réclamation : 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.

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



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0053700

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :

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
20/03/23	C		300,000	

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

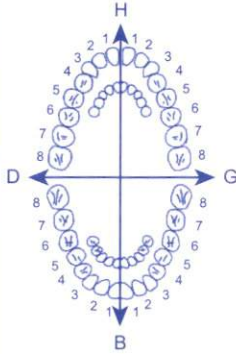
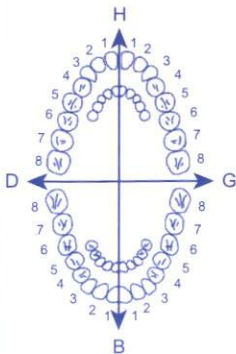
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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																						
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H			H	25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B			
H		H																							
25533412		21433552																							
00000000		00000000																							
D		G																							
00000000		00000000																							
35533411		11433553																							
B																									
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																									
				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



CABINET DE NEUROLOGIE

Unité de Neurophysiologie Clinique

Dr. Amine NINEB

Neurologue - Neurophysiologiste - Chercheur.
Spécialiste des maladies du système nerveux central,
périphérique, Epilésie, Maladie du nerf et du muscle
Troubles du sommeil et traitement de la douleur
Les maladies neurovasculaire - Traitement par toxine Botulique
Electrodiagnostic (ENMG - EEG - PEA - PEV - PES)

- Diplômé de la Faculté de Médecine de Lille
- Diplômé en Neurophysiologie Clinique à l'Université Pierre et Marie Curie de Paris.
- Ex. Chef de Clinique des services de Neurologie et de Neurophysiologie de l'assistance public des Hôpitaux de Paris: CHU Henri Mondor, Créteil.
- Ex- Enseignant à la Faculté de Médecine de Paris.
- Ex. Neurologue de l'Hôpital Intercommunal de la Rochelle, de Villeneuve Saint George de l'Hôpital Psychiatrique Lionel Vidart et de l'Association aide à l'Epileptique.
- Lauréat aux épreuves de Neurologie en France.

الدكتور أمين نينب

- باحث
إختصاصي في الأمراض العصبية
أمراض الرأس، الصرع، العمود الفقري
النوم والألم - الجلطة الدماغية
الفحص بالشبكة والأجهزة الكهربائية
والمغناطيسية للدماغ، العضلات والحواس
- خريج كلية الطب بليل - فرنسا
 - خريج كلية بيار وماري كيري للفحص بالأشعة الكهربائية والمغناطيسية بفرنسا
 - رئيس سابق بقسم الأمراض العصبية والفحص بالأشعة الكهربائية والمغناطيسية بمستشفيات باريس
 - مدرس سابق بكلية الطب بباريس
 - إختصاصي في أمراض الناعكة بمستشفى لاروشيل
 - حاصل على شهادة تقديرية في الأمراض العصبية بفرنسا

Oujda, le

20/03/2023

Identité : **Mme SLAOUI KHNATA**

ORDONNANCE

1 - LAROXYL SOLUTION POUR GOUTTES BUVABLES À 4 %

- 10 gouttes, 1 fois / jour, pendant 3 mois, (3h avant le coucher à augmenter à raison de 1 goutte par 7 jours afin de passer à la forme comprimé 25 mg)

2 - ACETHIO 500/2 MG

- 2 , 3 fois / jour, pendant 7 jours, (ensuite seulement si douleur)

3 - DULOPHI 60 MG () ()

- 1 , 1 fois / jour, pendant 3 mois.

Dr. Amine NINEB
NEUROLOGUE NEUROPHYSIOLOGISTE



Prochain RDV : 13 شقة رقم 13 (فوق مقهى ريتاج) - Oujda

98, Bd. Allal Ben Abdellah 1^{er} étage appt. N° 13 (au-dessus du café Ritaje) - Oujda

Fixe: 08 08 40 66 90 - Tél.: 05 36 70 21 21 - GSM: 06 42 86 66 88 - E-mail: cabinet.neurologue@gmail.com - ICE: 00168913900028