

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.

N° W21-775039

162782

Optique

Autres

Royal Air Maroc

Maladie Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11683 Société :

Actif Pensionné(e)
Nom & Prénom : BEN MBARK M'BARK

Autre :

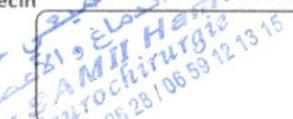
Date de naissance : 30-06-1973

Adresse : IMM 10 Etagé 1 APP 06 ALMADINA 2
DEROURA

Tél. : 0661984193 Total des frais engagés : 600 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/07/2023

Nom et prénom du malade : BEN MBARK M'BARK

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :



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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
18.06.2023	Acte	1	20000	INP : 1234567890 Signature : KJH Date : 28/06/2023 0634 27 28 28 / 06 59 10

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

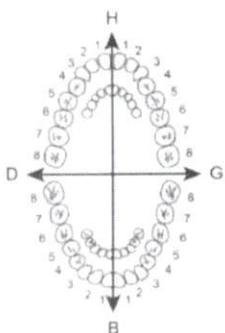
ANALYSES RADIOGRAPHIQUES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

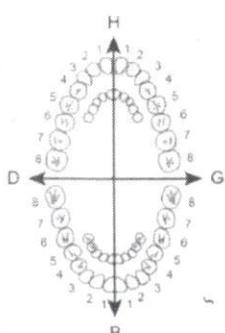
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction] onctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

Coefficient des travaux

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

Docteur SAMII HAMID

Spécialiste de Neurochirurgie

Spécialiste des maladies

Du Cerveau et de la colonne vertébral

Ex.Attaché C.H.U Avicenne Rabat

Ex. Attaché C.H.U Timone Marseille



الدكتور سميسي حميد

اختصاصي في جراحة الدماغ

والأعصاب والعمود الفقري

جراح سابق بمستشفى ابن سينا الرباط

جراح سابق بمستشفيات مرسيليا فرنسا

Berrechid , Le

12/5/2023

برشيد ، في



BEN MBARK
M BARK



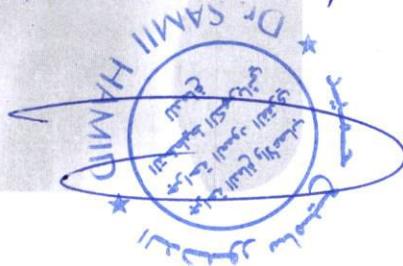
061171765

C 2 + 200DH =

EEG K3 = 400DH =

TOTAL = 600DH =

= SIX CENT DH =



CABINET DE NEUROCHIRURGIE

DR SAMII HAMID

COMPTE RENDU D ELECTROENCEPHALOGRAPHIE

Nom : BEN MBARK

Prénom : MBARK

Age : 49 ANS

INTERPRETATION

Le trace exprime un rythme de fond alpha à 8- 9 sec postérieur et bilatéral.

Présence de graph éléments paroxystiques.

La SLI ne modifie pas le tracé

CONCLUSION

TRACE EEG PAROXYSIQUE.

الدكتور سامي حامد
جراحة الاعصاب
مختبر
Dr. Samii Hamid
Office Neurochirurgie
Tél: 0634 27 28 / 06 59 12 13 15

