

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2609

Société :

171293

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL AZZAZI DRISS

Date de naissance :

07/07/1953

Adresse :

30 RUE IBN ZAFARAH BOUREGAG  
NE 295A

Tél. : 0667473614

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Professeur EL OTHMANI  
Explorations Neurophysiologiques:  
ENMG - EEG

Tél. 06 67 17 33 11 - INP : 091032391

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/07/2023

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....



Le 29/07/2023

## 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
29/07/2023	cs	350DH	<i>Professeur M. EL ALLOUMI NELLIAJUE Explorations physiologiques: 2023-07-26 091232391</i>	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>Pharmacie IDEAL</b> <i>N. NIMIA</i> <i>Dr. en Pharmacie de Paris V</i> <i>1, Rue Jaafar Ibnoyatla Bourgo</i> <i>Tél: 0527 20 14 86</i> <i>ICE: 00127038420006</i> <b>INPE: 092</b>	29/07/2023	125,40

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

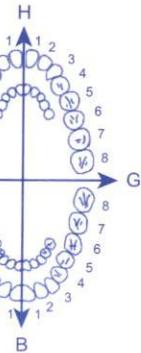
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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'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			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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"/>

Dr Hicham EL OTMANI

Neurologue

Professeur de l'enseignement supérieur

Électroneuromyopie (EMG)

Électroencéphalographie (EEG)

Potentiels Evocés : visuels, somesthésiques, auditifs

Attestation de Formation Spécialisée en Neurologie (Paris - France)

Diplôme du Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris

Spécialiste dans la maladie de Parkinson, stimulation cérébrale

profonde et injections de toxine botulique en Neurologie (Paris - France)

Diplôme de l'Académie Européenne de Neurologie (EAN)

الدكتور هشام العثماني

إختصاري في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

أستاذ التعليم العالي بكلية الطب والصيدلية بالدار البيضاء

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

التخطيط الكهربائي للدماغ

التخطيط الكهربائي للرعاش

المجهودات المثاررة



29/07/2023

Casablanca le \_\_\_\_\_

Mr EL AZZAZ Driss

(41,80 x 3)

AVLOCARDYL 40 MG



1/2 Comprimé le matin, 1/2 Comprimé le midi, 1/2  
Comprimé à 16h.

TROIS MOIS

TT: 125,00

Professeur Hicham EL OTMANI

Explorations neurophysiologiques:

EMG BEG

Tél: 06 67 19 33 11 - INP: 091032391

INPE: 092035943

Pharmacie IDEAL  
N° NIMMA de Paris V  
Dr. en Pharmacie Atta Bourgogne  
21, Rue Jaafar Ibnou 14 86  
Tél: 05 22 20 42 00 085  
(C.C. 001703)

# CLINIQUE DU BIEN ETRE BOUSKOURA

NOM DU PATIENT : M. EL AZZAZ DRISS

DATE DE NAISSANCE : 01/01/1953

CBB23G29103355



Reçu N°: 3317

Paiement du 29/07/2023 12h55

Actes	
Montant	350,00 Dh
Type de paiement	Espèce

Imprimé par : FAKKAR Amine Le 29/07/2023 12h55

ACCUSÉ CAISSE  
Clinique du Bien-Être  
Bouskoura

# CLINIQUE DU BIEN ETRE BOUSKOURA



060065232

BOUSKOURA Le : 29-07-2023

## Facture N° 02693/23

### A. Identification

N° Dossier : CBB23G29103355

N° Identifiant : 001765/23

**Nom & Prénom : M. EL AZZAZ DRISS**

C.I.N : B19707

Adresse : 30 RUE IBNOU EL HAKAM ETG 5 APT 17 BOURGOUN CASA

Médecin traitant : DR . EL OTMANI HICHAM

### C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

### D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 29-07-2023

Date Sortie : 29-07-2023

Traitement : CONSULTATION

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>PRESTATIONS</b>						
1	CONSULTATION		350,00			350,00
Total Rubrique :						
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						
0,00						
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						
TOTAL GENERAL						
350,00						

TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

**signature de l'assuré**  
*Professeur DR EL OTMANI HICHAM  
 NEUROLOG  
 Explorations Neurophysiologiques  
 ENMAG - EEG  
 Tel: 06 67 17 33 11 - INP : 091032*