

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

- Reclamation : 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.

M22- 0022633

180161

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5573 Société : RMT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Saïd, Nadi

Date de naissance : 20.8.61

Adresse : 22 Rue La Farhoun Les sables Bounefes

Tél. : 05 22 20 45 45 Total des frais engagés : 0 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Y. BOUZOUBAA
Nuurochirurgiou - Expert Assurément
18, Rue Abou Maachar - Anoual
Casablanca
Tel: 05 22 20 45 45

Date de consultation : 26 Juil. 2023 Nom et prénom du malade : S. BOUZOUBAA Age :

Lien de parenté : Membre de la famille Conjoint Enfant

Nature de la maladie : A.G. Tous les 15 jours. Conjoint

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 : _____ Le : _____ / _____ / _____

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
25 Juil 2023	3		300 DH	DR. Y. BOUZOUBA Nuurochirurgien - Expert Assurante 18, Rue Abdou Maâchar - Casablanca Tel: 0522 86 28 22

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL ANADEL Mme H.T. EL ARAKLI Abdellatif Ben Kaddour	<u>26/11/23</u>	<u>182,60</u>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

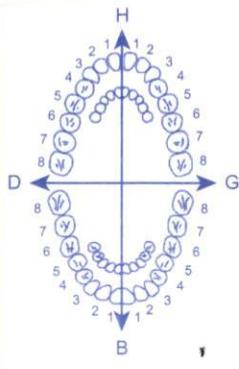
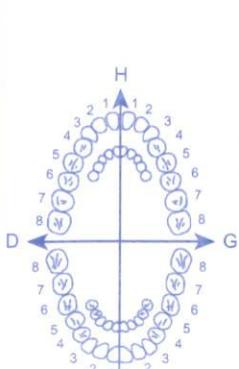
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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														
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000		35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	00000000													
	35533411	11433553													
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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

68

۲۷۰

Dr. Youssef BOUZOUBAA

Neurochirurgien (Adulte - Enfant)

Spécialiste des Maladies du Système Nerveux
et de la Colonne Vertébrale
Neurochirurgie à Crâne fermé : STEREOTAXIE
Electroencephalographie



الدكتور يوسف بوزوبع

إختصاصي في جراحته أمراض الدماغ والأعصاب والعمود الفقري الكبار والأطفال

التطبيط الكهربائي للدماغ

مدرس سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد
فيبرير مهلف لدى المحاكم

18، زنقة أبو عسر هي المستفيات - الدار البيضاء
بالمياد

STILNOX 10MG
CP PEL SEC 820
P.P.V : 56DH60
9302 80 424
101 0005322056
6 1180001061465

05 22 86 28 22
05 22 86 19 38

6 118000 061465

 P.P.V.: 56DHD60
 CP PEL SEC B20
 STILNOV TOME 5
 O LOT 123E001
 PER. 04/2027

Casablanca, le

26 Juil 2023

الدار البيضاء في

A detailed anatomical illustration of a human spine, showing the cervical, thoracic, and lumbar regions with intervertebral discs and spinous processes.

BRITISH MUSEUM LIBRARIES
1961

Dr. Y. BOUZOUBAA
Nuurochirurgien - Expert Assermenté
18, Rue Abou Maachar - Anoual
Casablanca
Tél: 05 22 86 28 22

PPV:34DH70
PER:04/26
LOT:M1238

PPV:34DH70
PER:04/26
LOT: M1238

En cas d'urgence contacter - Tél.: 0522 86 28 22 - 0522 86 19 38

E-mail : bouz.brain.spine@gmail.com

Patente: 36300236 - I.F.: 41708431 - N° C.N.S.S.: 1268748 - I.C.E.: 001612175000025