

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## Adresses Mails utiles

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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)

PR4FR05 / V2 / 20-10-2023

Matricule : 0750 Société : 201645

Actif  Pensionné(e)  Autre:

Nom & Prénom : IBRAHIMI MOHAMED

Date de naissance : 06-04-1944

Adresse : 47 MUSTAFA EL MEJLABOUTI - BOU THIEN - CASABLANCA

Tél. : 06 61 24 13 40 Total des frais engagés : 152 DT Dhs

Cadre réservé au Médecin

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cachet du médecin : Hicham EL OTMANI  
Professeur Hicham EL OTMANI  
NEUROLOGUE  
Explorations Neurophysiologiques  
ENMG - EEG  
01.06.73 1976 INP : 091032391

Date de consultation : 01.06.2024

Nom et prénom du malade : IBRAHIMI MOHAMED 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 : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
09/01/2024	CS	Professeur Dr Hicham OTHMANI	NEUROLOGUE Explorations Neurophysiologiques: ENMG - EEG	NEUROLOGUE Explorations Neurophysiologiques: ENMG - EEG Tél: 06 67 17 33 11 - INP: 091032391

## EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EBBARY Khdouli NAV Youssef 0910307	2-4-24	75200

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

## 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															
				Montants des soins															
				Début d'exécution															
				Fin d'exécution															
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>				Coefficient des travaux															
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>				Montants des soins															
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000				G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	Date du devis
H	25533412	21433552																	
D	00000000	00000000																	
G	00000000	00000000																	
B	35533411	11433553																	
<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				Date de l'exécution															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Hicham EL OTMANI

Neurologue

Professeur de l'enseignement supérieur

Électroneuromyographie (EMG)

Électroencéphalographie (EEG)

Potentiels Évoqués : 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

إختصاصي في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

أستاذ التعليم العالي بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

التخطيط الكهربائي للأعصاب و العضلات

التخطيط الكهربائي للدماغ

التخطيط الكهربائي للرعاش

المجهودات المثارة

02/04/2024

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

Mr IBRAHIMI Mohamed

37600<sup>00</sup> x2

ARICEPT 5 MG

1 Gélule le matin

TROIS MOIS

Professeur Hicham EL OTMANI  
NEUROLOGUE  
Explorations Neurophysiologiques:  
ENMG - EEG  
Tél: 06 67 17 33 11 - INP: 091032391

الدواء: PHARMACIE ROUDANI  
Mme LEBBAR Khadija Ep MIKOU  
26, Bd Brahim Roudani Vers Mly Youssef  
Maârif - Casablanca  
Tél. : 05 22 27 23 86 / 06 22 27 12 24

ARICEPT 5MG 28 CPS  
P.P.V : 376DH00

6 118001 170043

6 118001 170043

ARICEPT 5MG 28 CPS  
P.P.V : 376DH00

6 118001 170043

6 118001 170043