

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0034864

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2088 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZENASNI Mohammed

Date de naissance : 09 juin 1944

Adresse : 193 Bd Ghandi CASABLANCA

Tél. : 0522250088 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/10/2022

Nom et prénom du malade : ZENASNI Mohammed

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection longue durée

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 : Casa Le : 12/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

| 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 |
| 12/10/2012 | Remède | | 300 DH | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  | 18/10/22 | 2669,00 |

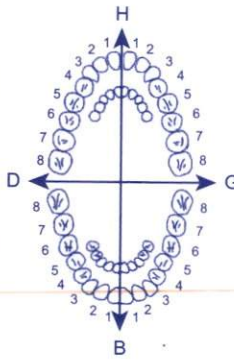
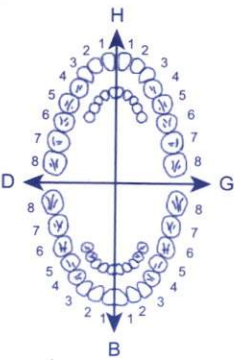
[illegible][illegible]

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 | |
|---|---|---------------------|-------------|---|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/> |
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 <hr/> 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> <div style="text-align: center;"> D G </div> </div> | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/> |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

| | |
|---|--|
| Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit | |
| Nom et prénom : | Fernas, Mohammed |
| Matricule : | 2088 |
| N° CIN : | |
| Adresse : | 193 Bd Ghandi CASABLANCA |
| Bénéficiaire de soins : | <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant |
| Partie réservée au médecin traitant | |
| Je soussigne : | Spécialité : |
| N° ICE : | N° INPE : INPE: 091176602 |
| Certifié que Mlle, Mme, M | |
| Nécessitant un traitement d'une durée : | <input type="checkbox"/> 3 mois <input checked="" type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> A vie |
| Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : | |
| - Syndrome Smeventrel | |
| Dont ci-joint ordonnance : | 2669,00 |
| Traitement prescrit : | - Dopezil 10 (Dopezil Roubaix) - Esciplex 10. |
| Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables | |
| Fait à : | Casa le 12/10/22 |
| Cachet et signature du médecin traitant : | |

* Cette déclaration est renouvelable une fois
En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées

Cabinet de Neurologie

Dr Adil ARAQI-HOUSSAINI

Neurologue

Electro-encéphalogramme (EEG)

Vidéo EEG

Electro-Neuro-Myogramme (EMG)

أقامة الانفتاح - زاوية براهم الروداني والنحاس النحوي - المطابق الثاني فوق البنك العقاري والسباحي - المعاريف - الدار البيضاء
Résidence Infitah - Angle Brahim Roudani et Nahass Nahoui (Ex Pelvoux) 2^{ème} étage- Maarif- Casablanca

Tel/Fax : 0522 25 02 02 / 05 222 555 66 - Whatsapp : 06 23 819 721

Email : adilaraqi@hotmail.com Site web : www. neurologue.ma

عيادة أمراض الدماغ والأعصاب

د. عادل العراقي الحسيني

اختصاصي في أمراض الدماغ والأعصاب

التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات



091176802



casablanca le : 12/10/2022

ZENASNI MOHAMMED

126,00 x 6

• Esciplex 10 mg

1 Comprimé, matin, soir, pendant 3 mois

• Dopezil ranbaxy 10

1 Comprimé, matin, pendant 3 mois

469,00 x 3

506,00



12005

12006

Dr. ADIL ARAQI-HOUSSAINI
Neurologue ECG - EMG
Résidence Infitah, 2^e Etg, Maarif - Casablanca
Tel: 0522 25 02 02 / 05 222 555 66 - Gsm: 06 23 819 721
et Nahass Nahoui, 2^e Etg, Maarif - Casablanca
Tel: 0522 25 02 02 / 05 222 555 66 - Gsm: 06 23 819 721

DOPEZIL® RANBAXY 10 mg
Boîte de 28 comprimés Pelliculés
Voie orale



PPV: 469 DH 00

DOPEZIL® RANBAXY 10 mg
Boîte de 28 comprimés Pelliculés
Voie orale



PPV: 469 DH 00

DOPEZIL® RANBAXY 10 mg
Boîte de 28 comprimés Pelliculés
Voie orale



PPV: 469 DH 00

DOPEZIL® RANBAXY 10 mg
Boîte de 28 comprimés Pelliculés
Voie orale



ppv: 506 DH 00

Esciplex® 10 mg

Boîte de 28 comprimés pelliculés
Séchantes

AMM N° 234/14 DMP/21/NP



6 118000 022787

Esciplex® 10 mg

Boîte de 28 comprimés pelliculés
Séchantes

AMM N° 234/14 DMP/21/NP



6 118000 022787

Esciplex® 10 mg

Boîte de 28 comprimés pelliculés
Séchantes

AMM N° 234/14 DMP/21/NP



6 118000 022787

Esciplex® 10 mg

Boîte de 28 comprimés pelliculés
Séchantes

AMM N° 234/14 DMP/21/NP



6 118000 022787

PHARMACEUTICALS
Dr. Ahmed CHAFRY
N° 51 Bis Beauséjour Casa
Tel: 05 22 94 99 74



LOT 221744
EXP 05 2024
PPV 126.00

LOT 221744
EXP 05 2024
PPV 126.00

LOT 221744
EXP 05 2024
PPV 126.00

LOT 221046
EXP 04 2024
PPV 126.00

LOT 221047
EXP 04 2024
PPV 126.00

LOT 221047
EXP 04 2024
PPV 126.00

LOT 221047
EXP 04 2024
PPV 126.00

LOT 221047
EXP 04 2024
PPV 126.00