

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 caractère personnel.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 79 18 - web : www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Nº W21-775021

21
31635
 Au

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres												
Cadre réservé à l'adhérent (e)															
Matricule : 6272	Société : RAM														
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :													
Nom & Prénom : BOUTIBA HASSAN															
Date de naissance : 25/06/1959															
Adresse : Residence Laynouche à Ave Hassan 25 Imane CASABLANCA 01															
Tél. : 06 88 11 86 23	Total des frais engagés : 2961,00 Dhs														
<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cadre réservé au Médecin</td> <td><input type="checkbox"/> Médecin</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ACCUEIL</td> <td><input type="checkbox"/> MURAS</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 DEC 2002</td> <td><input type="checkbox"/> 1 DEC 2002</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Cadre réservé au Médecin	<input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> ACCUEIL	<input type="checkbox"/> MURAS	<input type="checkbox"/> 1 DEC 2002	<input type="checkbox"/> 1 DEC 2002						
<input type="checkbox"/> Cadre réservé au Médecin	<input type="checkbox"/> Médecin														
<input type="checkbox"/> ACCUEIL	<input type="checkbox"/> MURAS														
<input type="checkbox"/> 1 DEC 2002	<input type="checkbox"/> 1 DEC 2002														
<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cachet du médecin :</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Dr. ADIL ARAFI HOUSSAINI Neurologue Infitah, 2e Eta, Maafif Casablanca Tél: 052 555 56 05 05 23 819 721</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Cachet du médecin :			Dr. ADIL ARAFI HOUSSAINI Neurologue Infitah, 2e Eta, Maafif Casablanca Tél: 052 555 56 05 05 23 819 721								
<input type="checkbox"/> Cachet du médecin :															
	Dr. ADIL ARAFI HOUSSAINI Neurologue Infitah, 2e Eta, Maafif Casablanca Tél: 052 555 56 05 05 23 819 721														
<table border="0"> <tr> <td>Date de consultation</td> <td>1 DEC 2002</td> </tr> <tr> <td>Nom et prénom du malade</td> <td>Boutiba HASSAN</td> </tr> <tr> <td>Age :</td> <td>63 ans</td> </tr> </table>				Date de consultation	1 DEC 2002	Nom et prénom du malade	Boutiba HASSAN	Age :	63 ans						
Date de consultation	1 DEC 2002														
Nom et prénom du malade	Boutiba HASSAN														
Age :	63 ans														
<table border="0"> <tr> <td>Lien de parenté :</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Lui-même</td> <td><input type="checkbox"/> Conjoint</td> <td><input type="checkbox"/> Enfant</td> </tr> <tr> <td>Nature de la maladie :</td> <td colspan="3">Affection</td> </tr> <tr> <td>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</td> <td colspan="3">Neurologique</td> </tr> </table>				Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	Nature de la maladie :	Affection			En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	Neurologique		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant												
Nature de la maladie :	Affection														
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	Neurologique														

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 : CASINO

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 07/12/2022

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
07/12/22	C2		3000 HTS	INP 11111111111111111111111111111111
				Angle Brahim Maarif - Casablanca
				001176602

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACEUTICAL AHBAB Docteur Hassan Ali Hassane Bay Siraima Secteur 1 Sale 100 05 37 87 05	07/07/2022	INPE: 09 2661.00 DHS INPE: 102.07.33.76

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																						
 SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																		
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
				DEBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																		
				FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																		
				ODF PROTHÉSES DENTAIRES																		
					DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE	<table border="1" data-bbox="1557 968 1751 1093"> <tr> <td>H</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
						H	G															
						25533412	21433552															
						00000000	00000000															
D	G																					
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
B																						
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																						
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																						
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																						
DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																						
ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																						

Cabinet de Neurologie

Dr Adil ARAQI-HOUSSAINI

Neurologue

Electro-encéphalogramme (EEG)

Vidéo EEG

Electro-Neuro-Myogramme (EMG)

اقامة الافتتاح - زاوية براهيم الروانى و النحاس التحوى - الطابق الثاني فوق البنك العقاري والسياجي - 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

احتفاصل في أمراض الدماغ والأعصاب

التحفيظ الكهربائي للأعصاب والمعظمات

اقامة الافتتاح - زاوية براهيم الروانى و النحاس التحوى - الطابق الثاني فوق البنك العقاري والسياجي - 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



Distribué par Roche S.A.

Bd. Sidi Med Ben Abdellah

Ivoire 05, Casablanca Marina

MADOPAR 200/50-100 comprimés

P.P.V. : 298,00 DH



BOUTIBA HASSAN

298,00x3

- Madopar 250 mg

3/4****1/2****3/4****1/2**** TTT DE 3 MOIS (1 HEURE AVANT LES REPAS)

589,00

x 3

- Sifrol 1.05 mg

1 Comprimé, matin, pendant 3 MOIS

casablanca le : 07/12/2022

د. عادل العراقي حسيني

Dr. ADIL ARAQI HOUSSAINI

احتفاصل في أمراض الدماغ والأعصاب

Neurologue EEG - EMG

Résidente Infitah, Angle Brahim Roudani

et Nahass Nahoui, 2^{ème} Etg, Maarif - Casablanca

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

Distribué par Roche S.A.

Bd. Sidi Med Ben Abdellah

Ivoire 05, Casablanca Marina

MADOPAR 200/50-100 comprimés

P.P.V. : 298,00 DH



Distribué par Roche S.A.

Bd. Sidi Med Ben Abdellah

Ivoire 05, Casablanca Marina

MADOPAR 200/50-100 comprimés

P.P.V. : 298,00 DH



SIFROL 1,05 mg

(Pramipexole)

Comprimé à libération prolongée

Boîte de 30

PPV : 589 DH 00

BOTTU S.A.

300207-02



SIFROL 1,05 mg

(Pramipexole)

Comprimé à libération prolongée

Boîte de 30

PPV : 589 DH 00

BOTTU S.A.

300207-02



SIFROL 1,05 mg

(Pramipexole)

Comprimé à libération prolongée

Boîte de 30

PPV : 589 DH 00

BOTTU S.A.

300207-02

PHARMACIE AL AHBAB ميدالية الأحباب
Dr. Hassan Ali Hassan
Hay Errahma Secteur E
Salé Tél : 05 37 87 05 70

PHARMACIE AL AHBAB دار الأحباب
Dr. Hassan Ali Hassan
Hay Errahma Secteur E
Salé Tél : 05 37 87 05 70