

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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : G 272	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 à CASABLANCA			
Adresse : Résidence Laymene "A" Appart. 4 Missakat Casablanca 20120			
Tél. : 06 88 11 86 27	Total des frais engagés :	2663,22	Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 BOUTIBA HASSAN			
Date de consultation :	09/10/2023	Age:	64 ans
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Affection neurologique			
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 : **CASABLANCA** Le : **09/10/2023**
Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Date des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
09/03/23	C2		30000	INPE : 09/03/23

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/03/23	2363,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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.

Cabinet de Neurologie

Dr Adil ARAQI-HOUSSAINI

Neurologue

Electro-encéphalogramme (EEG)

Vidéo EEG

Electro-Neuro-Myogramme (EMG)

المتر

الدار البيضاء

المتر الثاني فوق المتر الثاني - المتر الثاني - المعابر - الدار البيضاء

Résidence Infithah - Angle Brahim Roudani et Nahass Nahoui (Ex Pelvoix) 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

التحفيظ التهريجي للدماغ (الشبكية)

التحفيظ التهريجي للأعصاب والplexus

اقامة الاتهاب - زاوية البر الروداني - المتر الثاني - المعابر - الدار البيضاء

Résidence Infithah - Angle Brahim Roudani et Nahass Nahoui (Ex Pelvoix) 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

Noire 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



BOUTIBA HASSAN



casablanca le : 02/03/2023

- Madopar 250 mg
3/4****1/2****3/4****1/2**** TTT DE 3 MOIS (1 HEURE AVANT LES REPAS)
- Sifrol 1.05 mg
1 Comprimé, matin, pendant 3 MOIS

589,00 x 3

2363,00

د. عادل العراقي حسيني
Dr. ADIL ARAQI HOUSSAINI
اختصاصي أمراض الدماغ والأعصاب
Neurologue EEG - EMG
Résidence Infithah, Angle Brahim Roudani
et Nahass Nahoui, 2e Etg, Maârif - Casablanca
tél: 0522 25 02 02 / 05 222 555 66 - Gsm: 06 23 819 721



6 118001 040612
SIFROL 1,05 mg
(Pramipexole)
Comprimé à libération prolongée
Boîte de 30 PPV : 589 DH 00

300207-02

6 118001 040612
SIFROL 1,05 mg
(Pramipexole)
Comprimé à libération prolongée
Boîte de 30 PPV : 589 DH 00

300207-02

6 118001 040612
SIFROL 1,05 mg
(Pramipexole)
Comprimé à libération prolongée
Boîte de 30 PPV : 589 DH 00

300207-02