

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 AIC :

- 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

Nº W21-815589

5589 A 75542

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>6272</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>BOUTIBA HASSAN</u>			
Date de naissance : <u>25/06/1959 - CASABLANCA</u>			
Adresse : <u>Résidence LAYNOURE 'A' lot 1bn KHALDOUNI</u>			
<u>Appartement 4 HAY LAYNOURE CASABLANCA</u>			
Tél. : <u>06.88.118623</u>	Total des frais engagés : <u>1402,00</u>		
			Dhs

Autorisation CNRDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : BOUTIBA Hassan	
Age: 64 ans	
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 enseignements sous p-confidence à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.	

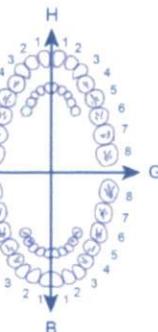
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Paris

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 Frais
28/8/23	C2	2	50000	INP : NPE: 091176802

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		AM	PC	IM	IV		
	
	
	
	
	

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 <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																									Nature des Soins <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																									Coefficient <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																									INP : <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>											
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																																																																																																																			
				MONTANTS DES SOINS <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																																																																																																																			
				DEBUT D'EXECUTION <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																																																																																																																			
				FIN D'EXECUTION <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																																																																																																																			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D		B		00000000	35533411	00000000	11433553																																																																																																																
H		G																																																																																																																																					
25533412	00000000	21433552	00000000																																																																																																																																				
D		B																																																																																																																																					
00000000	35533411	00000000	11433553																																																																																																																																				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																																																																																																																			
				MONTANTS DES SOINS <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																																																																																																																			
				DATE DU DEVIS <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																																																																																																																			
				DATE DE L'EXECUTION <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																																																																																																																			

Cabinet de Neurologie

Dr Adil ARAKI-HOUSSAINI

Neurologue

Electro-encéphalogramme (EEG)

Vidéo EEG

Electro-Neuro-Myogramme (EMG)

اقبة الافتتاح

– زاوية براهيم الروذاني

والنحاس النحوي

– الطارق الثاني فوق البنك العقاري والسياحي

– المغاريف – 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



casablanca le: 28/8/23

28/8/23

BOUTIBA HASSAN

298,00 x 2

- Madopar 250 mg
3/4****1/2****3/4****1/2**** TTT DE 3 MOIS (1 HEURE AVANT LES REPAS)



402,00 x 3

- Sifrol 1.05 mg

1 Comprimé, matin, pendant 3 MOIS



6 118001 040612
SIFROL 1,05 mg
(Pramipexole)
Comprimé à libération prolongée
Boîte de 30

00207-02

PPV : 402 DH 00

6 118001 040612
SIFROL 1,05 mg
(Pramipexole)
Comprimé à libération prolongée
Boîte de 30

300207-02

PPV : 402 DH 00

6 118001 040612
SIFROL 1,05 mg
(Pramipexole)
Comprimé à libération prolongée
Boîte de 30

300207-02

PPV : 402 DH 00

عيادة أمراض الدماغ والأعصاب

د. عادل العراقي الحسيني

اختصاصي في أمراض الدماغ والأعصاب

التحفيظ الكهربائي للأعصاب والمعضلات

اقبة الافتتاح – زاوية براهيم الروذاني

والنحاس النحوي

– الطارق الثاني فوق البنك العقاري والسياحي

– المغاريف – 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



casablanca le: 28/8/23

28/8/23

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

6 118001 050697

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

6 118001 050697

