

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2042	Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : Rehavéte
Nom & Prénom : Khebbab Rustapha		
Date de naissance : 11/05/1950		
Adresse : lots Hossi Fath Rue 10 n°29 ouelfa		
Tél. : 06 33 439 114	Total des frais engagés : 2001.80 Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation : 23/11/2023			
Nom et prénom du malade : KHEBBAB RUSTAPHA Age : 73			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjointe <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Affect			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC Pathologie : Pathologie			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 14 DECEMBRE 2023			
Dans le cas où la maladie a 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 : **ACCUEIL**

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

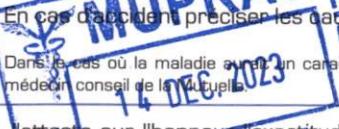


Déclaration de Maladie

M22- 0049882

186761

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 14 DECEMBRE 2023	
Dans le cas où la maladie a 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 : ACCUEIL	
Le : / /	
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 Actes
23/11/2021	EMG - Ang - Maafif - Casablanca - Gsm: 0623819721		300 Dhs	DILARAAD HOUSE, 21, Avenue E. G. B. 22, Casablanca, Angle Bruxelles et 22, Gsm: 0623819721

EXECUTION DES ORDONNANCES

Détails du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Nahass National	23 Nov 2023	Montant de la Facture 17.01.80.00 INP1092029990

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

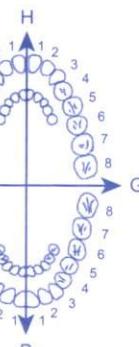
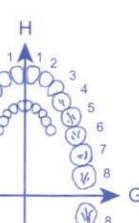
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411		Coefficient des travaux
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	11433553														
G	35533411															
				Montants des soins												
				Date du devis												
				Date de l'exécution												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Cabinet de Neurologie

Dr Adil ARAQI-HOUSSAINI

Neurologue

Electro-encéphalogramme (EEG)

Vidéo EEG

Electro-Neuro-Myogramme (EMG)

المغاربة - 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 الحسبي

اختصاصي في أمراض الدماغ والأعصاب

التطبيط الكهربائي للدماغ (الشيشة)

التطبيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

اقامة الافتتاح - زاوية براهيم الروداني والتحابن التحوي - الطريق الثاني فوق البشك العقاري والسياحي - الدار البيضاء

casablanca le : 23/11/2023



PPV: 469 DH 00



KHEBBAB MUSTAPHA

$469.00 \times 2 = 938,00$

- Dopezil ranbaxy 10
1 Comprimé, soir, pendant 3 mois

$71.10 \times 2 = 142.20$

- Deroxat 20 mg
1 Comprimé, matin, pendant 3 mois

$150.20 \times 2 = 300,40$

- ALMANTIN 10 mg
1 Comprimé, matin, pendant 3 mois (OU PHIPIXA OU EBIXA 10)

$222,00$

- Augmentin 1 g / 125 mg
1 sachet, matin, midi, soir, pendant 8 jours

$45.60 \times 2 = 99.20$

- D-cure forte
1 AMPOULE A BOIRE EN MILIEU DE REPAS CHAQUE 15 JOURS , pendant 3 mois

- Vita c 1000 sans sucre

1 Comprimé, matin, pendant 10 jours

T = 1701.80 DH

Dr. ADIL ARAQI HOUSSAINI
اختصاصي أمراض الدماغ والأعصاب
Neurologue EEG - EMG
Résidence Infitah, Angle Brahim Roudani
et Nahass Nahoui, 2^{ème} Etg, Maârif - Casablanca
Tél: 0522 25 02 02 / 05 222 555 66 - Gsm: 06 23 819 721



23 Nove 2023

