

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-500236

ND: 33399



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) 10726

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Société :

Nom & Prénom :

OUADI

Fatiha

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.61.21.47.95

Total des frais engagés : 2400

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

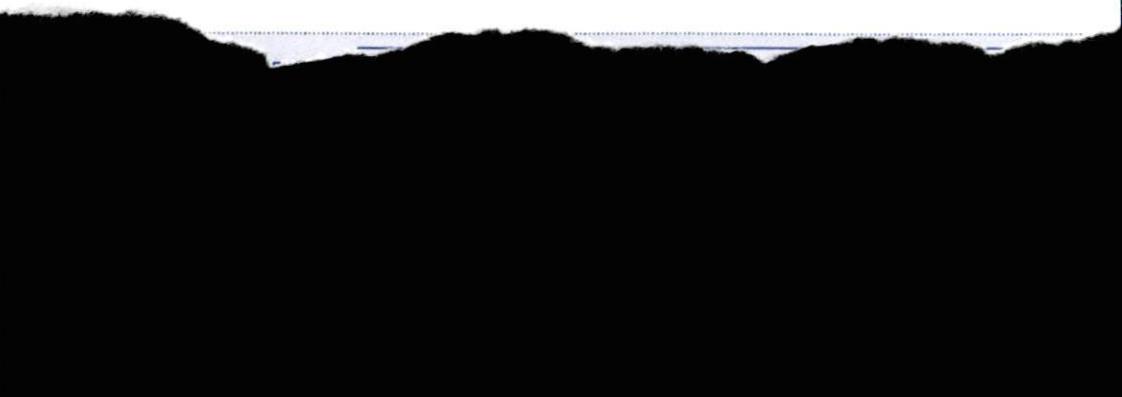
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

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
.....	INP : <input type="checkbox"/>
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		AM	PC	IM	IV		
CENTRE KINE MED SALAH HADJAR 180184 Bd. TECHKE COR. SAMIA AULICIA CASABLANCA TEL: 0662 30 50 72	18/06/2020	16	(AM+MS+IH)			R. 12.150,00 DH TOTAL 26100,00 DH	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21423552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11423553</td> </tr> </table>			25533412	21423552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	B		35533411	11423553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	21423552															
00000000	00000000															
D																
00000000	00000000															
B																
35533411	11423553															
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

Cabinet de Neurologie

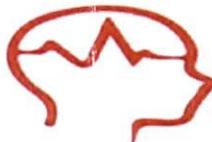
Dr Adil ARAQI-HOUSSAINI

Neurologue

Electro-encéphalogramme (EEG)

Vidéo EEG

Electro-Neuro-Myogramme (EMG)



عيادة أمراض الدماغ والأعصاب

د. عادل العراقي الحسيني

اختصاصي في أمراض الدماغ والأعصاب

الخطيط الكهربائي للدماغ (الشيشة)

الخطيط الكهربائي للأعصاب والمعابر

أقنية الاتصال

زيارة براهم الروداني و النحاس النحوي - الطابق الثاني فوق البلاك الطفري و السياحي - المعاون - الدار البيضاء

Résidence Infitah - Angle Brahim Roudani et Nahass Nahoui (Ex Pelvoux) 2^{ème} étage- Maarif- Casablanca

Tel : 0522 25 02 02 / 05 222 555 66 - Whatsapp : 06 23 81 97 21

Email : adilaraqi@hotmail.com Site web : www. neurologue-casablanca.com



casablanca le : 14/03/2020

OUADI FATHA

45 ANS

NCB DROITE

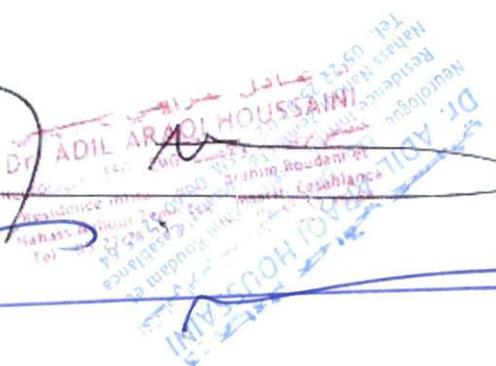
LOMBAGO

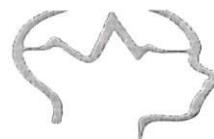
ATTITUDE SCOLIOTIQUE

IRM MEDULLAIRE QQ PROTRUSION DISCALE

REEDUCATION

16 SEANCES





casablanca le : 14/12/2019

OUADI FATIHA

ME OUADI FATIHA 45 ANS

PRESENTÉ UNE NEVRALGIE CERVICO BRACHIALE DROITE AVEC TORTICOLIS A REPETITON LOMBAGO

ATTITUDE SCOLIOTIQUE EN DORSALE

ET DOULEUR A IRRADIATION RADICUALIRE AU MEMBRE INFERIEUR DROIT.
ELLE NECESSITE LA REALISATION D'UNE IRM MEDULLAIRE

دكتور عادل العراقي الحسيني
Dr ADIL ARAQI-HOUSSAINI
احصاص من امراض الدماغ والاعصاب
التحفيظ المخبري للدماغ (الشيشة)
التحفيظ المخبري للامراض والتحفيظ
أقامة الالتحاق
زاريـة بـراـهـيم الرـودـانـيـ وـالـخـامـنـ التـحـريـ -ـ الطـلـقـ الـثـانـيـيـ فـوـقـ الـنـكـ عـلـيـ وـالـسـيـاحـيـ -ـ الـعـارـفـ -ـ الدـلـيـلـ
Résidence Infitah - Angle Brahim Roudani et Nahass Nahoui (Ex Pelvoux) 2^{ème} étage- Maarif- Casablanca
Nahass Nahoui 12eme étage 06 23 81 97 21
Tel : 05 22 25 02 02 / 05 222 555 66 - WhatsApp : 06 23 81 97 21
Email : adilaraqi@hotmail.com Site web : www.neurologue-casablanca.com

CENTRE KINEMED

Kine
med

FACTURE N° : K2020071

OUADI FATIHA

Casablanca le, 18/06/2020

Code Client : 000364

Code Article	Désignation	Qté	P.U.	Montant
	<p>SOUS PRESCRIPTION DU DR</p> <p>DR . ADIL ARAQI HOUSSAINI</p> <p>UN ACTE COTE A LA NOMENCLATURE</p> <p>AMM9=150DH</p> <p>UNE SERIE D'ACTES COTES A LA</p> <p>(AMM9+IR)</p> <p>DU 04/02/2020</p> <p>AU 18/06/2020</p> 	16.00	150.00	2 400.00

TOTAL

2 400.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX MILLE QUATRE CENTS DH.