

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **diologie 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.

## **ique :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **ducation :**

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.

## **taire :**

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.

## **adie 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

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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

64628

## **Déclaration de Maladie**

N° M20- 0004177

<input type="checkbox"/> Cadre réservé à l'adhérent (e)	Société : <i>MUPRAS</i>
Matricule : <i>1438</i>	Date de naissance : <i>09/01/1951</i>
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : <i>F.DOUKI Ahmed</i>	
Adresse : <i>DAR LAHMANE Bl.02 R<sup>e</sup> ZM.428 N<sup>e</sup> 1 AIN SEBA CASABLANCA</i>	
Tél. : <i>0665220074</i>	Total des frais engagés : <i>22.98,20</i> Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## **Cadre réservé au Médecin**

**Docteur Rajaa RABII**  
Neurologue - Explorations  
Neurophysiologiques  
EEG - EMG  
7d. Yacoub Mansour N° 22 Espace El Mansour  
2ème Etage N° 19 Maârif - Casablanca  
Tél. : 05 22 25 50 00 - 05 21 09 29 48

Cachet du médecin :

Date de consultation : *10/02/2021*

Nom et prénom du malade : *J.Douki Ahmed*

Lien de parenté :  Lui-même

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 :

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

Age : *70*  
Genre : *Homme*  
Occupation : *Professionnel*  
Enfant : *Non*

*MUPRAS*

#### **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
19-02-21	C		300 DH	<p><b>Docteur Rajaa RABHI</b>  Neurologue - Explorations  Neurophysiologiques  EEG - EMG</p> <p>Dr Yacoub Mansour N° 22 Espace El Mansour  2ème Etage N° 19 Maârif - Casablanca  05 22 26 60 40 - GSM: 00 66 33 23 11</p>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>Pharmacie El AYI</b> <b>Dr. AITIRHLI</b> <b>Docteur en Pharmacie</b> <b>H.M. Cassablanca</b> <b>n° 05 22 62 52 36</b> <b>06 22 62 52 36</b> <b>ICE: 0046006720000093</b> <b>Dar Lamane, Bloc P16 H.M Afn Séd.</b>	19/02/2021	 <b>Dr. AITIRHLI</b> <b>H.M. Cassablanca</b> <b>n° 05 22 62 52 36</b> <b>ICE: 0046006720000093</b> <b>Bloc P16 H.M Afn Séd.</b>

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 d'exploration.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Rajaa RABHI

- Neurologue
- Spécialiste des Maladies du Système Nerveux Central et Péripherique
- Explorations neurophysiologiques E.E.G - E.M.G.



# الدكتورة رجاء رابحي

- اختصاصية في أمراض الجهاز العصبي والدماغ
- الفحص الكهربائي للدماغ
- الفحص الكهربائي للأعصاب والعضلات

Casablanca, le

19/02/2021

## FDOULI AHMED

### • Madopar 250 mg

1/2 comprimé, matin, midi, à 16h et le soir, 3 mois

### • Keppra 500 mg

1/2 comprimé, matin puis 1 comprimé, soir, pendant 3 mois

### • Deroxat 20 mg

1/2 comprimé, soir, pendant 3 mois

### • Kardeic 160 mg

1 dose, midi, pendant 3 mois

Pharmacie EL HAY  
AITIRHUI DRSS  
Docteur en Pharmacie  
H.M. Casablanca  
Tél: 05 22 62 64 86  
05 22 62 52 34  
ID: 0016008720000093  
Dar Lamane, Bloc P.N°6 H.M Afn School

Dr YACOUB MANSOUR  
Neurologue Explorations  
Neurophysiologiques  
E.C.O. EMG  
Yacoub Mansour N° 22 Espace El Mansour  
2ème étage N° 19 Maarif - Casablanca  
Tél: 05 22 25 59 40 - GSM: 06 61 09 29 48

شارع يعقوب المنصور، الرقم 22 فضاء المنصور، الطابق الثاني، الرقم 19 المعاريف، الدار البيضاء، المغرب  
الهاتف: 00 212 5 22 25 50 40 - المحمول: 00 212 6 61 09 29 48