

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.

Biologie 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 canaux, 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 canaux.

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

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 - 8ème 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



ND

76566

Déclaration de Maladie : N° P19- 0014921

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01689 Société : RAN
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL OFIR LATIF Date de naissance : 28/07/51
Adresse : 12 RUE MAHMOUD TIRAR GANTHER CASABLANCA
Tél. : 0660541821 Total des frais engagés : 616,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Signature]
Date de consultation : 01 JUL. 2021
Nom et prénom du malade : EL OFIR LATIF Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Maladie chronique (Aur)
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 : 01 / 07 / 2021
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

RELEVÉ 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
21/06/2021	21/06/2021	3000	3000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie MOUSSA 27 Rue Moussa Gauthier Tel: 05 22 25 42 12 INPF: 092028802	02/06/2021	316,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

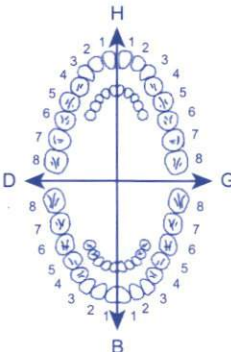
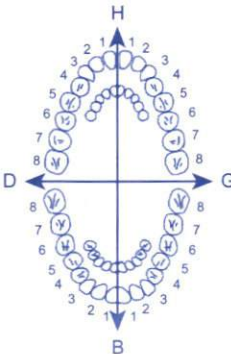
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

Cabinet de Neurologie

Dr Adil ARAQI-HOUSSAINI

Neurologue

Electro-encéphalogramme (EEG)

Vidéo EEG

Electro-Neuro-Myogramme (EMG)

المختص في امراض الدماغ والأعصاب
التخطيط الكهربائي للدماغ (التيفك)
أقامة الافتتاح - زاوية براهيم الروداني والنحاس الذهبي - الطابق الثاني فوق البنك العقاري والسياحي - الدار البيضاء
Résidence Infatah - 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 الحسيني

اختصاصي في امراض الدماغ والأعصاب

التخطيط الكهربائي للدماغ (التيفك)

أقامة الافتتاح - زاوية براهيم الروداني والنحاس الذهبي - الطابق الثاني فوق البنك العقاري والسياحي - الدار البيضاء

Résidence Infatah - 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 : 02/04/2021

EL OFIR LATIF

• Madopar 250 mg

1/2 Comprimé, matin, pendant , 3 jours puis 1/2 Comprimé, matin, soir, pendant , 3 jours puis 1/2 Comprimé, matin, midi, soir, pendant , 3 mois (1 HEURE AVANT LES REPAS)

• CLOPRAME SIROP

1 cuillère, matin, midi, soir, pendant 15 jours

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

6 118001 050697

د. عادل العراقي الحسيني
Dr. ADIL ARAQI-HOUSSAINI
Neurologue EEG EMG
Résidence Infatah - Angle Brahim Roudani et Nahass Nahoui 2^{ème} Etg. Maarif- Casablanca
Tel : 05 22 25 02 02 / GSM : 06 23 819 721

د. عادل العراقي الحسيني
Dr. ADIL ARAQI-HOUSSAINI
Neurologue EEG EMG
Résidence Infatah - Angle Brahim Roudani et Nahass Nahoui 2^{ème} Etg. Maarif- Casablanca
Tel : 05 22 25 02 02 / GSM : 06 23 819 721

PPV 18DH30

EXP 07/2023
LOT 04014 3

CLOPRAME
Solution buvable

CLOPRAME[®] 1mg/ml
Solution buvable 130 ml

6 118000 031291

Pharmacie FOUCAULD
27, Rue Moussa Bnou Moussair
Gauthier - Casablanca
Tel : 05 22 26 42 12