

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Éducation :

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.

Déclaration de 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

Déclaration de Maladie : N° P19- 0014921

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01680 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : RL OFIR IATIF Date de naissance : 28/07/51
Adresse : 12 ALI MAHMOUD TINAR GANTHIER CANNES
Tél. : 0660541601 Total des frais engagés : 616,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Z. AIT ALI Age :

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Maladie de l'appareil digestif (AIDS)

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) :



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
27/02/2021	Anglo Caspys		30000	Dr. ADIL ARAOUI 09/02/2021
				Anglo Caspys 09/02/2021
				Anglo Caspys 09/02/2021

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du pharmacien ou du fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie FOUCAUD 22 Rue Moussa Casablanca Gauthier Tel. 05 22 25 02 02	02/04/2021	316,30
INPF.092028802		

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

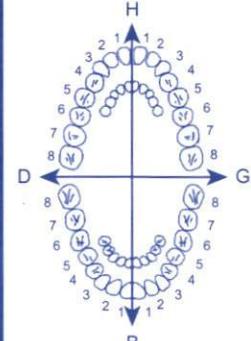
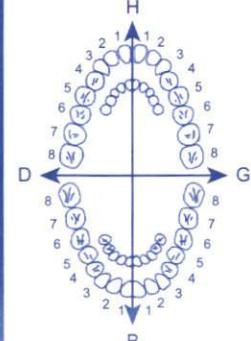
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des travaux
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux
	H	25533412	21433552	
	D	00000000	00000000	
	B	35533411	11433553	
	G			
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
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'EXECUTION

Cabinet de Neurologie

Dr Adil ARAQI-HOUSSAINI

Neurologue

Electro-encéphalogramme (EEG)

Vidéo EEG

Electro-Neuro-Myogramme (EMG)

الطباطبى الكهربائى للدماغ والاعصاب

اقامة الافتتاح - زاوية نرايم الروانى والتحاسى فوق البنك العقارى والسياحى - المعارض - الدار البيضاء

Résidence Infitah - Angle Brahim Roudani et Nahass Nahoui (Ex Pelvoux) 2ème 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 أمراض الدماغ والأعصاب

الطباطبى الكهربائى للدماغ (الشبكية)

الطباطبى الكهربائى للأعصاب والplexus



casablanca le : 02/04/2021

EL OFIR LATIF

298,00

• 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)

118,30

• CLOPRAME SIROP

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



Distribué par Roche S.A.

Bd. Sidi Med Ben Abdellah

Boîte 05, Casablanca Marina

MADOPAR 200/50-100 comprimés

P.P.V. : 298,00 DH



6 118001 050697

Pharmacie FOUGAULD
27, Rue Moussa Bnou Noussair
Gauthier - Casablanca
Tél : 05 22 26 42 12

PPV 18DH30 | EXP 07/2023
LOT 04014 3



CLOPRAME® 1mg/ml
Solution buvable 130 ml



6 118000 031291