

# 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 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

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 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie  
N° M21- 0015563

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2088 Société : RAM 77263  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité  
Nom & Prénom : ZENASNI Mohammed  
Date de naissance : 09/06/1944  
Adresse : 193 Bd Ghandi CASABLANCA  
Tél. 05 22 25 00 88 Total des frais engagés : ..... 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 : 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 : ..... Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : .....



# 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
28/06/21	CNP		3000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Ahmed CHAFRY Hôpital Boussejour, Casa N° 51-815 Boussejour Tél: 05 22 94 99 34	28/06/21	Dr. Ahmed CHAFRY Hôpital Boussejour, Casa N° 51-815 Boussejour Tél: 05 22 94 99 34 377,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

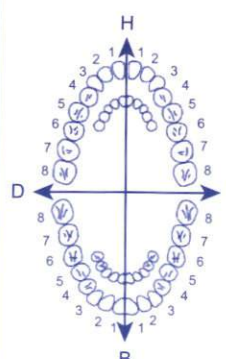
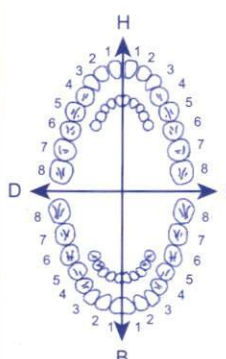
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H  25533412  00000000  D </div> <div> 21433552  00000000  G  00000000  35533411  B </div> </div> <b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Coefficient DES TRAVAUX
				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 )



# عيادة أمراض الدماغ والأعصاب

د. عادل العراقي الحسيني  
اختصاصي في أمراض الدماغ والأعصاب  
التخطيط الكهربائي للدماغ ( الشبكة )  
التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

إقامة الأنفاس - زاوية براهيم الروداني والنحاشي النحري - الطابق الثاني فوق البنك العقاري والسباحي - المعاريف - الدار البيضاء  
Résidence Infatih - Angle Brahim Roudani et Nahass Nahoui (Ex Pelvoux) 2<sup>ème</sup> 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.neurologie.ma



casablanca le : 28/06/2021

ZENASNI MOHAMMED

126,00 x 3

• EsciPLEX 10 mg

1 Comprimé, soir, pendant 3 mois

506,00 x 5

• Dopezil ranbaxy 10

1 Comprimé, matin, pendant 3 mois

231,00

• EBIXA 10

1 Comprimé, matin, pendant 1 mois ENSUITE

• EBIXA 20

1 Comprimé, matin, pendant 2 mois

371,00 x 2

ATACAND 16

1 - 0

165,00 x 3

DOPEZIL® RANBAXY 10 mg  
Boite de 28  
comprimés Pelliculés  
Voie orale



DOPEZIL® RANBAXY 10 mg  
Boite de 28  
comprimés Pelliculés  
Voie orale



DOPEZIL® RANBAXY 10 mg  
Boite de 28  
comprimés Pelliculés  
Voie orale



DOPEZIL® RANBAXY 10 mg  
Boite de 28  
comprimés Pelliculés  
Voie orale



Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
Ql Zenata, Ain sebaa Casablanca  
EBIXA 10MG B28 CP PELL.  
P.P.V : 371,00 DH



Maphar  
Bd. Alkimia N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
EBIXA 20MG B28 CP PELL.  
P.P.V : 371,00 DH



Maphar  
Bd. Alkimia N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
EBIXA 20MG B28 CP PELL.  
P.P.V : 371,00 DH



SYNTHEMEDIC  
22 rue souheir benou al ouam roches  
noires casablanca  
ATACAND

16 mg Cpr séc  
Bte de 30



SYNTHEMEDIC  
22 rue souheir benou al ouam roches  
noires casablanca  
ATACAND

16 mg Cpr séc  
Bte de 30



SYNTHEMEDIC  
22 rue souheir benou al ouam roches  
noires casablanca  
ATACAND

16 mg Cpr séc  
Bte de 30



DOPEZIL® RANBAXY 10 mg  
Boite de 28  
comprimés Pelliculés  
Voie orale



PHARMACIE HIBA

Dr. Ahmed CHAÏRY  
Hay Raba 3, Casablanca  
N°51 Bis B, Maarif, Casa

Tél: 05 22 94 99 34