

## 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

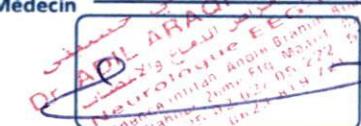
- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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.

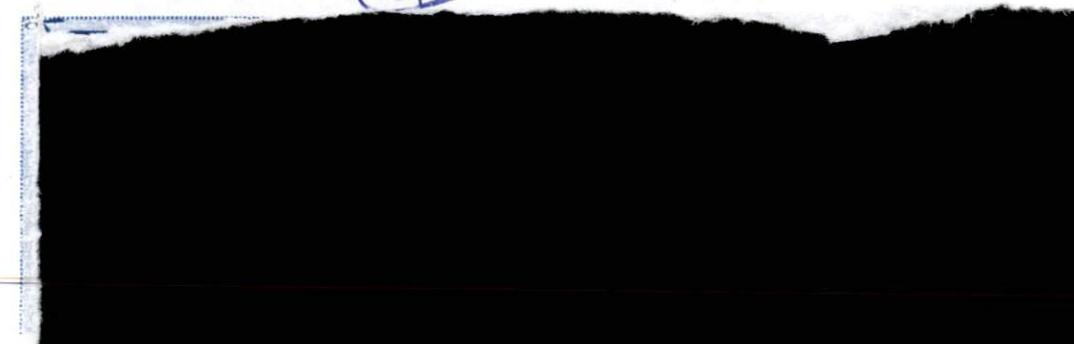
N° W21-702333

12068

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>1089</b>	Société : <b>DAN</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>EL OFIR IMTAF</b>			
Date de naissance : <b>28/07/51</b>			
Adresse : <b>12 QUÉ MAHMOUD TINOUR GARIBI CASABLANCA</b>			
Tél. : <b>0660541601</b>	Total des frais engagés : <b>65,98 Dhs</b>		

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	<input type="checkbox"/> Cachet du médecin : 		
Date de consultation : <b>30/03/2022</b>			
Nom et prénom du malade : <b>EL OFIR LAATIF</b>			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <b>Abcès sur un eurologique</b>			
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 : 01/06/2022**  
 Signature de l'adhérent(e) : 



#### ~~RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES~~

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur C.B	Date	Montant de la Facture
P ARMACEUTIQUE Séverine APPEL Claude Bernard 75005 PARIS 43 31 06 99 - Fax : 01 43 31 81 87 FINESS : 75 2 03814 1	03/04/2022	65,98 €

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODDF.

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
B	35533411	11433553															
G																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													

PHARMACIE MCB  
 Séverine APPEL  
 2 RUE CLAUDE BERNARD  
 75005 PARIS  
 Tel: 0143310699  
 N° SIRET: 75254079900018  
 Code NAF: 4773Z - fr24752540799  
 FRANCE

Page 1 / 1

### FACTURE

N°3847/368411

Du 08/04/2022

Date de l'échéance 09/04/2022

EL OFIR LATIF  
 12 ter rue rablais  
 20000 CASABLANCA

Prescripteur : MEDECIN 75  
 N° AM : 751999996  
 Opérateur: emmanuelle g

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
VERSATIS 5% EMPL SACH/30 3400938285673	PH7	0	1	63,124	2,10%	63,12
N° Ordonnancier : 429472						
Honor. dispens. HD7	HD7	0	1	0,999	2,10%	1,00
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
64,62	2,1% (4)	1,36	65,98
<b>Total HT</b>		<b>Total TVA</b>	<b>Total TTC</b>
64,62		1,36	65,98

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	65,98

Mode(s) de règlement	Régllements multiples (CB)	65,98
Reste dû		0,00

Montants exprimés en Euros

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

**PHARMACIE M.C.B**  
 Séverine APPEL  
 2 rue Claude Bernard 75005 PARIS  
 Tél. 01 43 31 06 99 - Fax : 01 43 31 81 87  
 FINESS : 75 2 03814 1  
 SIRET : 752 540 799 00018

(u) indique les quantités unitaires

(\*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1

# Cabinet de Neurologie

Dr Adil ARAQI-HOUSSAINI

Neurologue

Electro-encéphalogramme ( EEG )

Vidéo EEG

Electro-Neuro-Myogramme ( EMG )

أقسام الريضان

الطبقة الخضراء للدماغ والاعصاب ( الشبكية )

د. عادل العراقي الحسيني

اختصاصي في امراض الدماغ والاعصاب

الخطيب الذهري للطبقة ( الشبكية )

الخطيب الذهري للطبقة ( الشبكية )

اقامة الانفاس - زاوية يراهم الروذاني والتحسان النحوي - الطابق الثاني فوق البنك العقلي والمباكي - المعاريف - الدار البيضاء

Résidence Infitah - 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.neurologue.ma



Casablanca le : 30/03/2022

EL OFIR LATIF

• VERSATIS

1 à 3 emplâtres VERSATIS CHAQUE 24 HEURES à appliquer sur les zones douloureuses de LA peau TRAITEMENT DE 1 MOIS

Dr. Adil ARAQI HOUSSAINI  
Neurologue EEG-EMG  
Résidence Infitah, Angle Brahim Roudani et Nahass Nahoui (Ex Pelvoux) 2<sup>ème</sup> étage- Maarif- Casablanca  
Tél 0522 25 02 02 / 05 222 555 66  
GSM 0623 819 721

Non Disponible au Maroc

## PHARMACIE M.C.B

Séverine APPEL

2 rue Claude Bernard 75005 PARIS

Tél 01 43 31 06 99 - Fax : 01 43 31 81 87

FINESS : 75 2 03814 1

SIRET : 752 540 799 00018