

## 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 AID et AIC :

- 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

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.

Nº W21-713956

127557

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 118571		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre :			
Nom & Prénom : SABRINA BAHIMI			
Date de naissance : 23 07 79			
Adresse : N° 1802 NARS 3ème étage Agdal N° 6			
Tél. : 0636874844		Total des frais engagés : DR. OUKHBI Hamid Neurologist N° 1 61, Angle Michliten Oukhaldene Agdal - Rabat - Tel. 06 61 39 27 89 INPE : 101102062	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : DR. OUKHBI Hamid Neurologist N° 1 61, Angle Michliten Oukhaldene Agdal - Rabat - Tel. 06 61 39 27 89 INPE : 101102062			
Date de consultation : 10/07/2022			
Nom et prénom du malade : SABRINA BAHIMI			
Age : 43			
Liens de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Maladie de la peau			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidentiel 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 : ..... / ..... / .....

## RÉLEVE 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
11/07/22	C		200,00	INP  Dr. Jihabi Hamid N° 107662 tel: 06 61 39 27 89

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
NP 10204	15/7/22	168,50
	15/7/22	298,50

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE SAINT-JEAN DE BONNE Mme. TATA 18, Rue Abdeslam Khalil 05 22 83 02 75	2023-05-22		

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

## 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 l'ODF.

# Docteur Hamid Ouhabi

Professeur de Neurologie

EEG – EMG – Potentiels évoqués

Épilepsies – Troubles du sommeil

Adultes et enfants



الدكتور حميد وهابي

أستاذ في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

التخطيط الكهربائي للدماغ والأعصاب

أمراض الصرع وإضطرابات النوم

الكبار والأطفال

العنوان 15/07/2022

ن = سامي زاهي

298,50

ن = مادوكس 20-7

262268

ن = 9h - ن = 13h

ن = 13h - ن = 22h

(30 min apart) ن = 22h

ن = سيفول 01 16-7

148,50

PHARMACIE LISBONNE NADIA

SARL AU  
Mme: TAZI NADIA

18, Rue Abdeslam Khatabi Casablanca  
Tel.: 0522 83 02 75 / 05 22 83 93 76

Dr. OUHABI Hamid  
Neurologue

61, Avenue Michlifen Oukaimden, N° 1

61, Avenue Michlifen Oukaimden, Tel: 05 22 139 27 89

Agdal, Rabat, angle av. Oukaimden et av. INPE, appt. n°1, Agdal, Rabat.  
Tél : 0537.68.07.01 E-mail : ouhabihha@hotmail.com ب.ا.:

Distribué par Roche S.A.  
Bd. Sidi Med Ben Abdellah  
Ivoire 05, Casablanca Marina  
MADOPAR 200/50-100 comprimés  
P.P.V. : 298,00 DH



6 118001 050697



6 118001 040575

SIFROL 0,26 mg

(Pramipexole)

Comprimé à libération prolongée

Boîte de 30

P.P.V. : 148 DH 50

BOTTU S.A.

3000203-02