

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-763791

13-995

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricule : 6272 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BOUTIBA Hassane

Date de naissance :

25/06/1959 à CASABLANCA

Adresse :

Residence Larouci A° appart 4 n° 2 étage
Angle Avenue H.H. et Y.Z Casablanca 20190

Tél. :

06 88 11 86 83

Total des frais engagés : 2363,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

BOUTIBA Hassane

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Parkinson

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

IBN

Le : 01/09/2022

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TILILA Voie d'Aménagement H.H 47 N°H Hay Laymous Hay Hassani 05 22 93 86 84 - Fax: 05 22 93 87 15 001551566000078 - IF: 40155060	01/09/2022	2363,00

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

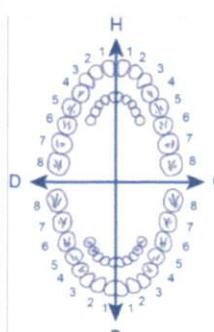
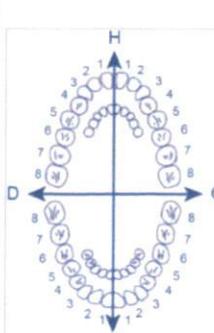
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
				MONTANTS DES SOINS	
				DEBUT D'EXECUTION	
				FIN D'EXECUTION	
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
		$ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \\ \hline B & \end{array} $			MONTANTS DES SOINS
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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)

الطباطق الثاني فوق البنك العقلي والسيامي - المغاريف - الدار البيضاء
Résidence Infithah - Angle Brahim Roudani et Nahass Nahoui (Ex Pelvoux) 2^{eme} étage- Maarif- Casablanca



عيادة أمراض الدماغ والأعصاب

د. عادل العراقي الحسيني

اختصاصي في أمراض الدماغ والأعصاب

التحفيظ الكهربائي للدماغ (الشبكية)

التحفيظ الكهربائي للأعصاب والغضاريف

اقامة الافتتاح - زاوية براهيم الروداني ونحاس النحوي - الطابق الثاني فوق البنك العقلي والسيامي - المغاريف - الدار البيضاء

Tel/Fax : 0522 25 02 02 / 05 222 555 66 - Whatsapp : 06 23 819 721
Email : adilaraqi@hotmail.com Site web : www.neurologue.ma

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



casablanca le : 24/05/2022

BOUTIBA HASSAN

298,00 x 2

- Madopar 250 mg
3/4****1/2****3/4****1/2**** TTT DE 3 MOIS (1 HEURE AVANT LES REPAS)

589,00 x 3

- Sifrol 1.05 mg
1 Comprimé, matin, pendant 3 MOIS



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

DUPPLICATA

PHARMACIE TILILA

Vole d'Aménagement HH 47 N°H

Hay Laymoune - Hay Hassan

Tel: 05 22 93 86 84 - Fax: 05 22 93 87 15

ICE: 001551566000078 - IF: 40155060

PHARMACIE TILILA

Vole d'Aménagement HH 47 N°H

Hay Laymoune - Hay Hassan

Tel: 05 22 93 86 84 - Fax: 05 22 93 87 15

ICE: 001551566000078 - IF: 40155060



6 118001 040612

SIFROL 1,05 mg

(Pramipexole)

Comprimé à libération prolongée

Boîte de 30 PPV: 589 DH 00

BOTTU S.A.

30/02/2017-02



6 118001 040612

SIFROL 1,05 mg

(Pramipexole)

Comprimé à libération prolongée

Boîte de 30 PPV: 589 DH 00

BOTTU S.A.

30/02/2017-02



6 118001 040612

SIFROL 1,05 mg

(Pramipexole)

Comprimé à libération prolongée

Boîte de 30 PPV: 589 DH 00

BOTTU S.A.

30/02/2017-02

PHARMACIE TILILA

Vole d'Aménagement HH 47 N°H
Hay Laymoune - Hay Hassan
Tel: 05 22 93 86 84 - Fax: 05 22 93 87 15
ICE: 001551566000078 - IF: 40155060

23631 00

Pharmacie TILILA - Casablanca



Pharmacienne : Latifa El yousfi

0522938684 Fax :0522938715

Voie d'aménagement HH 47 Hay Laymoune , Casablanca

Facture N° 20220924-164

Date de vente : 01/09/2022

Médecin traitant :

Mr BOUTIBA HASSAN

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
SIFROL CO 1.05MG B30 COMP	3	589,00	TVA (7.00%)	1 767,00
MADOPAR CO 250MG B100 COMP	2	298,00	TVA (7.00%)	596,00

Total HT	2 208,41 DHS
TVA	154,59 DHS
Total	2 363,00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : deux mille trois cent soixante-trois DHS

PHARMACIE TILILA
Voie d'Aménagement HH 47 N°H
Hay Laymoune Hay Hassani
Tél: 05 22 93 86 84 Fax: 05 22 93 87 15
ICE 001551566000078 - IF: 40155060

valable 3 mois

Le 18/8/2021

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Dr ADIL ARABI MOUSSAINI

Certifie que Mlle, Mrne, M. :

BOUTIBA HASSAN

Présente

Maladie Parkinson

Nécessitant un traitement d'une durée de :

3 mois renouvelable

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

Madopar 50 mg 1.000 mg 0,26 cl/m

site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com // tel : 0522-20-45-45 et 0522-22-78-157 fax : 0522-22-78-18

Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage. Casablanca