

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Matricule : 1110 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : CAARIFI LABI

Date de naissance : 01/01/1952

Adresse : 16 RUE 1 HAY EL HOUADA

Tél. : 0661139022 Total des frais engagés : 1558,30 Dhs

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/12/2023 Nom et prénom du malade : Labi Caarifi Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Allergie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Berrechid

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 : Berrechid Le : 16/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : Labi Caarifi

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

04/01/2023 Cts 300 DS
16/01/2023 Contrôle

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr Siham TAMIR	04/01/2023	354,96
Pharmacie Mosquée Riad	16/01/2023	603,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
EEG 600 DS	04/01/2023		

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	16/01/2023	(5) Cicatrices				100,00 M
		IM				

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'ODF.

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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412	21433552	COEFFICIENT DES TRAVAUX
		00000000	00000000	
	D	00000000	00000000	MONTANTS DES SOINS
		35533411	11433553	
	[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

Docteur. HARRIZI Ilham
Neurologue
Adultes et enfants

Ancien médecin du CHU Ibn Rochd de Casablanca et CHR de Benimellal

Electro-Encéphalo-Graphie (Vidéo-EEG)

Electro-Neuro-Myo-Graphie (ENMG)



الدكتورة حريزي إلهاام

اختصاصية في أمراض الدماغ، الأعصاب

العمود الفقري والعضلات - الكبار والصغار

طبيبة سابقة بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

وبالمستشفى الجهوي بني ملال

التخطيط الكهربائي للدماغ - الشبكة

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

مسجد الرياض
 Pharmacie Mosquée Riad
 Dr. Siham LAARIFI
 N°: 1-2 Mosquée Rriad
 Hay Rriad (Accès du Stade Sportif) Berrechid
 Tel /Fax: 05 22 33 66 22

89,00

14,20

110,00

69,00

79,70

- Irox 200 mg gélule :
1 gélule, SI DOULEUR
- CEFALINE HAUTH :
1 sachet MATIN MIDI ET SOIR pendant 3 jours
- Arpalgic gel : 1 application 3 fois par jour pendant 1 mois
- DOCIVOX sirop: 1 cas 3 fois par jour pendant 7 jours
- AZIX 500mg : 1 comprime par jour pendant 5 jours

Mr LAARIFI LARBI

U.T.P. 1017
 E 82 D 00
 F 82 D 00

LOT : 512
 PER : 07/27
 PPV : 14,20 DH

Lot: 001-22
 Per: 01/2025
 PPC: 110,00 DH

PPV 79DH70
 PER 07/25
 LOT 12537

LOT: 220672
 BLUO: 09/2025
 69,00 DH

Dr. HARRIZI Ilham
 NEUROLOGIST EEG - ENMG
 333, Bd. Mohamed 5, Lot. Nasr Allah
 2ème étage N°8, Berrechid
 Tel: 0522 030 399 - GSM: 0642 890 050
 INPE: 121196604

333 شارع محمد الخامس، إقامة نصر الله، الطابق الثاني، الرقم 8 برشيد « أمام كارفور »

333, Boulevard Mohamed 5, Lot. Nasr Allah 2ème étage N°8 - Berrechid (En Face de Carrefour)

ICE: 002816744000083 - INPE: 121196604

Docteur. HARRIZI Ilham

Neurologue

Adultes et enfants

Ancien médecin du CHU Ibn Rochd de Casablanca et CHR de Benimellal
Electro-Encéphalo-Graphie (Vidéo-EEG)
Electro-Neuro-Myo-Graphie (ENMG)



الدكتورة حريزي إلهام

العمود الفقري والعضلات - الكبار و الصغار
الاختصاصية في أمراض الدماغ، الأعصاب

طبية سابقة بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

وبالمستشفى الجهوي بنى ملال

التخطيط الكهربائي للدماغ - الشبكة

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

برشید فی LE.16/01/2023

Mr LAARIFI LARBI

LOT : 221692
EXP : 11/2024
PPV : 68,000DH

- Synax 25 mg, comprimé :

1 comprimé, matin et soir, pendant 3 mois

- CELESTENE 4mg/1mg solution injectable:
1inj IM par jour pendant 5 jours
 - Doliprane 1000mg: 1 comprimé si douleur

PPV 14DH60
PER 06/25
LOT L2177

P P V 14 DH 60
PER 08 / 25
LOT L 2863

P P V 1 4 D H 6 0
P E R 0 7 / 2 5
L O F L 2 5 2 2
S 2

611 800115 008 3
CELESTENE 4mg / 1ml 3 Amp.Inj.
P.P.V. : 45,80 DH
Distribué par MSD Maroc O
B.P. 136 Bourkough

611 800115 008 3
CELESTEINE 4mg / 1ml 3 Amp.Inj.
P.P.V. : 45,80 DH
Distribué par MSD Maroc
B.P. 136 Bouskoura

333 شارع محمد الخامس، إقامة نصر الله، الطابق الثاني، الرقم 8 برشيد «أمام كارفور»

333, Boulevard Mohamed 5, Lot. Nasr Allah 2ème étage N°8 - Berrechid (En Face de Carrefour)
ICE: 00281674400083 - INPE: 121196604 0522 030 399 0642 890 050 @neuro.ilham@gmail.com

Docteur. HARRIZI Ilham
Neurologue
Adultes et enfants

Ancien médecin du CHU Ibn Rochd
de Casablanca et CHR de Benimellal
Electro-Encéphalo-Graphie (Vidéo-EEG)
Electro-Neuro-Myo-Graphie (ENMG)



الدكتورة حريزي إلهاام

اختصاصية في أمراض الدماغ، الأعصاب
العمود الفقري والعضلات - الكبار و الصغار

طبيبة سابقة بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء
وبالمستشفى الجهويبني ملال
التخطيط الكهربائي للدماغ - الشبكة
التخطيط الكهربائي للأعصاب و العضلات

Berrechid le:..... برشيد في:

Le 04/01/2022

FACTURE :

MR LAARIFI LARBI

ELECTRO-ENCEPHALOGRAPHIE DE VEILLE (EEG).

Montant : 600 Dirhams

Mode de payement : Espèces

Dr. HARRIZI Ilham
NEUROLOGIE EEG - ENMG
333, Bd. Mohamed 5 Lot. Nasr Allah
2ème étg. N°8 Berrechid
Tél: 0522 030 399 GSM: 0642 890 050
INPE: 121196604

333 شارع محمد الخامس، إقامة نصر الله، الطابق الثاني، الرقم 8 برشيد « أمام كارفور »

333, Boulevard Mohamed 5, Lot. Nasr Allah 2ème étage N°8 - Berrechid (En Face de Carrefour)
ICE: 002816744000083 - INPE: 121196604 0522 030 399 0642 890 050 @neuro.ilham@gmail.com

RAPPORT EEG

Patient:

Nom: larbi laarifi
Né(e) le:01/01/1952
Sexe: Masculin
Age: 71 an

Paramètres d'acquisition:

Appareil: Neuron-Spectrum-63
Fréquence d'échantillonnage: 500 Hz
Montage: longitudinal
Date examen: mercredi 4 janvier 2023

INTERPRETATION:

- RYTHME DE FOND BIEN ORGANISE DE TYPE ALPHA POSTERIEUR, NORMAL POUR L'AGE, SYMETRIQUE ET REACTIF A L'OUVERTURE DES YEUX.
- ABSENCE DE GRAPHOELEMENTS PATHOLOGIQUES.
- LES EPREUVES D'ACTIVATION (SLI ET HPN) NE MODIFIENT PAS LE TRACE.

CONCLUSION:

TRACE EEG DE VEILLE EST SANS ANOMALIES.

Dr. HARRIFI
NEUROLOG
333, Bd. Mouloud
Té: 0524 330 050