

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

macie :

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.

ue :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ucation :

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.

aire :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

die 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

PRAS 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.

RAS : 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



N° W21-818099

183121

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

0513

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

LAFFOURA Mohamed

Date de naissance :

01-07-1946

Adresse :

Hay rmy Abdallah Rue 202 n° 49A. chab.

Tél. :

066131900

Total des frais engagés :

4103.20

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

LAFFOURA Mohamed

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

15/11/2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Nature des Soins	Montant détaillé des Honoraires	Coefficient	Cachet et signature du Médecin	
13/11/2023	3803,20			

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Montant de la Facture	Date	Signature du Pharmacien ou du Fournisseur
3803,20	13/11/2023	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Montant des Honoraires	Désignation des Coefficients	Date	Signature du Radiologue et du Particien

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Montant détaillé des Honoraires	IV	IM	Nombre		Date des Soins	Signature du Particien
			PC	AM		

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	G																			
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	

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)

اقامة الانتعاش - زاوية براهيم الروداني والنحاس النحوي - الطابق الثاني فوق البنك العقاري والسياحي - المعاريف - الدار البيضاء
Résidence Infitah = Angle Brahim Roudani et Nahass Nahoui (Ex Pelvoux) 2^{ème} 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



عيادة أمراض الدماغ والأعصاب

د. عادل العراقي الحسيني

اختصاصي في أمراض الدماغ والأعصاب
التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)
التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات



091176802



casablanca le : 13/11/2023

LAHRACH ZOHRA

469,00 x 6

- Donzep 10 mg

1 Comprimé, matin, pendant 6 mois

135,20 x 6

- MEMANTINE 10 mg

1 Comprimé, matin, pendant 6 mois (SI MANQUE DONNEZ PHIPIXA OU EBIXA OU ALMANTIN)

89,00 x 2

- ADDITIVA MAGNESIUM

1 SACHET, soir, pendant 1 mois

3803,20

صيدلية الاستاذة
PHARMACIE DES LICENCES
Mouna ROUDA
Hay El Ousra Talinara
Ain Chock - Casablanca
Tél : 0522 25 72 41

د. عادل العراقي الحسيني
Dr ADIL ARAQI-HOUSSAINI
Neurologue EEG - EMG
Résidence Infitah, Angle Brahim Roudani
et Nahass Nahoui, 2^{ème} Étage, Maarif - Casablanca
Tél: 0522 25 02 02 / 05 222 555 66 - Gsm: 06 23 819 721

LOT 301072 1

EXP 03 2026

PPV 469.00 DH

LOT 301072 1

EXP 03 2026

PPV 469.00 DH

LOT 301367 1

EXP 03 2026

PPV 469.00 DH

LOT 301367 1

EXP 03 2026

PPV 469.00 DH

LOT 301367 1

EXP 03 2026

PPV 469.00 DH

LOT 301367 1

EXP 03 2026

PPV 469.00 DH

Lot: AG0824F

Per: 07/2026

PPV: 135DH20

Lot: AG0824F

Per: 07/2026

PPV: 135DH20

Lot: AG0824F

Per: 07/2026

PPV: 135DH20

Lot: AG0824F

Per: 07/2026

PPV: 135DH20

Lot: AG0824F

Per: 07/2026

PPV: 135DH20

Lot: AG0824F

Per: 07/2026

PPV: 135DH20

PPC : 89DH00

PPC : 89DH00

RDV
09/05/2024