

## 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

### 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 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.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

### 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier d'El Ghazal - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

W21-843481

197556

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6272 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BOUTIBA HASSAN  
 Date de naissance : 25/06/1959  
 Adresse : Résidence "Moune A" L'ESPERANCE lot  
 IBRAHIM ALLOUANE APPT 4 1<sup>er</sup> Etage CASA  
 Tél. : 06 88 11 86 27 Total des frais engagés : 1686,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/02/2024  
 Nom et prénom du malade : BOUTIBA HASSAN Age : 65 ans  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☒ ALC Pathologie :  
 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 : 25/03/2024  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

PR4FR05/V2/2010-2023

Autorisation CNDP N° : A-A215 / 2019



# RELEVÉ 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
26/02/2020	Neurologue EEG - EMG			

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/02/2020	1686,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX

  

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															

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 )



# عيادة أمراض الدماغ والأعصاب

د. عادل العراقي الحسيني

إختصاصي في أمراض الدماغ والأعصاب  
التخطيط الكهربائي للدماغ ( الشبكة )  
أقامة الافتتاح - زاوية براهيم الروداني والنحاس النحوي - الطابق الثاني فوق البنك العقاري والمياحي - 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



091176802



casablanca le : 26/02/2024

BOUTIBA HASSAN

279,00 x 2  
• Madopar 250 mg

3/4\*\*\*\*1/2\*\*\*\*3/4\*\*\*\*1/2\*\*\*\* TTT DE 3 MOIS (1 HEURE AVANT LES REPAS)

326,00 x 3  
• Sifrol 1.05 mg

1 Comprimé, matin, pendant 3 MOIS

د. عادل العراقي الحسيني  
Dr. ADIL ARAQI HOUSSAINI  
إختصاصي أمراض الدماغ والأعصاب  
Neurologue EEG - EMG  
Résidence Infitah, Angle Brahim Roudani  
et Nahass Nahoui, 2e Etg, Maarif - Casablanca  
Tél: 0522 25 02 02 / 05 222 555 66 - Gsm: 06 23 819 72.

Distribué par Roche S.A.

Bd. Sidi Med Ben Abdellah  
Ivraie 05, Casablanca Marina  
MADOPAR 200/50,100 comprimés  
P.P.V. : 279,00 DH



6 118001 050697

Distribué par Roche S.A.

Bd. Sidi Med Ben Abdellah  
Ivraie 05, Casablanca Marina  
MADOPAR 200/50,100 comprimés  
P.P.V. : 279,00 DH



6 118001 050697



Sifrol® 1.05 mg  
(Prampixole)  
Comprimé à libération prolongée  
Boite de 30

BOTTU S.A.

PPV : 376 DH 00



Sifrol® 1.05 mg  
(Prampixole)  
Comprimé à libération prolongée  
Boite de 30

BOTTU S.A.

PPV : 376 DH 00



Sifrol® 1.05 mg  
(Prampixole)  
Comprimé à libération prolongée  
Boite de 30

BOTTU S.A.

PPV : 376 DH 00