

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 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 une fois par an.

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 de caractère personnel.

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6272

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOUTIBA HASSAN

Date de naissance : 25/06/1953

Adresse : Résidence Lay Youne "A" Lissi Asra lot

.....IBN KHALDOUNE MIFT 4 1^e Etage CASA

Tél. : 06 88 11 86 23

Total des frais engagés : 1686,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/09/2021

Nom et prénom du malade : BOUTIBA HASSAN

Age : 65 ans

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection Neurologique

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie 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 : CASABLANCA

Le : 05/03/2024

Signature de l'adhérent(e) : ISAM

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/02/2094	1686,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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'ODE.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS
	Montant des Honoraires				DATE DE L'EXECUTION
ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

Cabinet de Neurologie

Dr Adil ARAQI-HOUESSAINI

Neurologue

Electro-encéphalogramme (EEG)

Vidéo EEG

Electro-Neuro-Myogramme (EMG)

الطباطق الثاني فرق البنك العقاري والتحاس التحري - المغاريف - الشيشاني - 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

الخطيط الكهربائي للدماغ (الشيفته)

الخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

إقامة الانتاج - زاوية براهم الروذاني والتحاس التحري - الدار البيضاء



casablanca le : 26/02/2024

BOUTIBA HASSAN

- 270,00 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

- 3 blist.

Dr. ADIL ARAQI HOUESSAINI
اختصاصي أمراض الدماغ والأعصاب
Neurologue EEG - EMG
Résidence Infitah, Angle Brahim Roudani
et Nahass Nahoui, 2^{ème} Etg, Maarif - Casablanca
Tél: 0522 25 02 02 / 05 222 555 66 - Gsm: 06 23 819 72.



6 118001 040612
Sifrol® 1,05 mg
(Pramipexole)
Comprimé à libération prolongée
Boîte de 30

PPV : 376 DH 00

316639

6 118001 040612
Sifrol® 1,05 mg
(Pramipexole)
Comprimé à libération prolongée
Boîte de 30

PPV : 376 DH 00

316639

6 118001 040612
Sifrol® 1,05 mg
(Pramipexole)
Comprimé à libération prolongée
Boîte de 30

PPV : 376 DH 00

316639

Distribué par Roche S.A.
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Ivoire 05, Casablanca Marina
MADOPAR 200/50,100 comprimés
P.P.V. : 279,00 DH



Distribué par Roche S.A.
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Ivoire 05, Casablanca Marina
MADOPAR 200/50,100 comprimés
P.P.V. : 279,00 DH

