

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 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 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

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 de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-429408

NDD:

7670-

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1689 Société : DAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL OUFIR ZATIF

Date de naissance : 28/07/51

Adresse : 12 RUE NAHAILOU TIMOUR CASABLANCA

Tél. : 06654601

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/06/2021

Nom et prénom du malade : EL OUFIR ZATIF Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : maladie de Parkinson (ALD)

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 : 01/07/21

Signature de l'adhérent(e) :

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

INP : 0911136102

ADIL ARAQI HOS

Angle Brahim Roudani et Maarif Casablanca

GSM: 06 60 52 15 64

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur Date Montant de la Facture

Pharmacie FOUCAULT

27, Rue Moussa Bnou Nousseir

Gaumi - Casablanca

Tél: 05 22 88 88 12

INPE: 0920288802

22/06/21

129,70

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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 :
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
D			B
00000000	00000000		
35533411	11433553		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

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)



عيادة أمراض الدماغ والأعصاب

د. عادل العراقي الحسيني
اختصاصي في أمراض الدماغ والأعصاب
التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)
التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

إقامة الألفتاح - زاوية براهيم الروداني والنحاس النحوي - المطابق الثاني فوق البنك العقاري والميناجي - 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



casablanca le : 22/06/2021

Dr. ADIL ARAQI-HOUSSAINI
Neurologue EEG EMG
Résidence Infitah, Angle Brahim Roudani et
Nahass Nahoui 2ème Etg. Maarif- Casablanca
Tel : 05 22 25 02 02 GSM: 06 60 52 15 64

EL OFIR LATIF



RELAXIUM 300

1 Gélule, soir, pendant 1 mois

Alpraz 05 mg

1/2 Comprimé, soir SI BESOIN

Pharmacie FOUCAULT
Moussa Bnou Noussair
Casablanca
Tel : 05 22 26 42 12

Dr. ADIL ARAQI-HOUSSAINI
Neurologue EEG EMG
Résidence Infitah, Angle Brahim Roudani et
Nahass Nahoui 2ème Etg. Maarif- Casablanca
Tel : 05 22 25 02 02 GSM: 06 60 52 15 64

Dr. ADIL ARAQI-HOUSSAINI
Neurologue EEG EMG
Résidence Infitah, Angle Brahim Roudani et
Nahass Nahoui 2ème Etg. Maarif- Casablanca
Tel : 05 22 25 02 02 GSM: 06 60 52 15 64

Dr. ADIL ARAQI-HOUSSAINI
Neurologue EEG EMG
Résidence Infitah, Angle Brahim Roudani et
Nahass Nahoui 2ème Etg. Maarif- Casablanca
Tel : 05 22 25 02 02 GSM: 06 60 52 15 64

Alpraz® 0,5 mg
28 comprimés sécables



6 118000 020530

Lot 210597 1
Exp 03 2024
PPV 35,70



T = 122,70