

## INDICATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

L'adhérent doit être dûment renseigné.

Le médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

Une facture est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que 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

Les factures des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### Facture 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 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M22- 0031841

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1680

Société : RAN

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL O F I R LATIF

Date de naissance : 28/07/51

Adresse : 12 RUE MAHMOUD TIMOUR SAUTHIER CASABLANCA

Tél. : 0660541601

Total des frais engagés : 1484,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 8/6/23

Nom et prénom du malade : EL O F I R LATIF

Age :

Lien de parenté : Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection chronique

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 : 21/06/2023

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
4/4/23			300.871	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
----------------------------------------	------	-----------------------

## 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

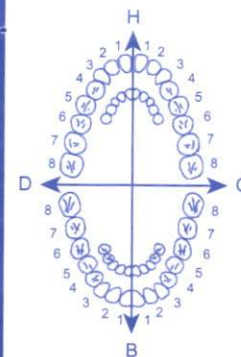
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

## 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
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

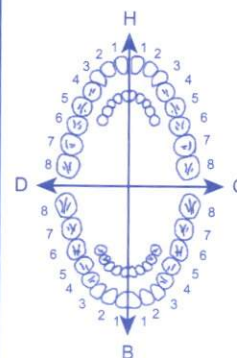
(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

أقامة الانتعاش - زاوية براهيم الروداني والنحاس النحوي - الطابق الثاني فوق البنك العقاري والسباحي - 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



casablanca le : 04/04/2023

EL OFIR LATIF

298,00 x 2

- Madopar 250 mg

1/2 Comprimé, X 4 PAR JOUR pendant 3 mois (1 HEURE AVANT LES REPAS)

294,00 x 2

- Sifrol 0.52 mg

1 Comprimé, matin, pendant 3 mois

- No-dep 50 mg

1/2 Comprimé, soir, pendant 1 semaine Puis 1 Comprimé, soir, pendant 3 mois

- Alpraz 05 mg

1/4 Comprimé, soir, pendant 10 jours PUIS ARRÊT

د. عادل عراقي حسيني  
Dr. ADIL ARAQI HOUSAINI  
اختصاصي 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 Fax : 05 23 819 721



6 118001 040599  
SIFROL 0,52 mg  
(Prampexole)  
Comprimé à libération prolongée  
Boîte de 30  
BOTTU S.A. PPV : 294 DH 00



6 118001 040599  
SIFROL 0,52 mg  
(Prampexole)  
Comprimé à libération prolongée  
Boîte de 30  
BOTTU S.A. PPV : 294 DH 00

Distribué par Roche S.A.  
Bd. Sidi Med Ben Abdellah  
Ivoire 05, Casablanca Marina  
MADOPAR 200/50-100 comprimés  
P.P.V. : 298,00 DH



Distribué par Roche S.A.  
Bd. Sidi Med Ben Abdellah  
Ivoire 05, Casablanca Marina  
MADOPAR 200/50-100 comprimés  
P.P.V. : 298,00 DH



Pharmacie FOUCAULD  
27 Rue Mohamed V - Casablanca  
Gauthier - Casablanca  
Tél : 05 22 26 42 12