

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 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- 0049871

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2042 Société : RAM 165645
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité
 Nom & Prénom : KHEBBAAB Mustapha
 Date de naissance : 11/05/1950
 Adresse : Lots HADJ FATH Rue 10 N°29 ouffa casablanca
 Tél. : 0633439114 Total des frais engagés : 9175,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/06/2023
 Nom et prénom du malade : KHEBBAAB Mustapha Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : ALD ALC Pathologie :
 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : / /

Le : / /

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 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 |
|-----------------|----------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 13/06/23 | Neurologue EEG - EMG | 3 | 632,70 DH | |
| | | | 1992,50 DH | |
| | | | IN p109 20239990 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|--------------|-----------------------|
| | 13 Juin 2023 | 632,70 DH |
| | 20 Juil 2023 | 1992,50 DH |
| | | IN p109 20239990 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

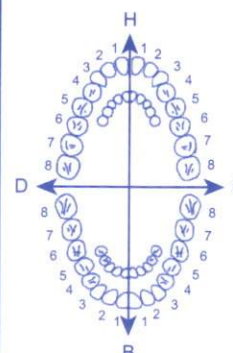
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|---|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| MYRIAM SETOUANI DENTISTE 35 Impasse de la Gare 13, Bureau 10 Boulevard Mohammed V - Casablanca | 16/06/23 | 25 | | | | 6250,00 DH |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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.

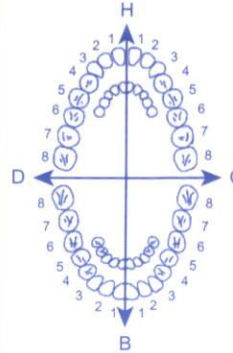
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|---|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|  | | | | Coefficient DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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



الجمهورية المغربية
الوزارة المغربية للصحة
والتربية
الجامعة المغربية
الكلية المغربية للعلوم
الطبية
الجامعة المغربية
الكلية المغربية للعلوم
الطبية

الجامعة المغربية للصحة والتربية
الكلية المغربية للعلوم الطبية
الجامعة المغربية للصحة والتربية
الكلية المغربية للعلوم الطبية

Casablanca le 21/08/2023

Facture de Prise en Charge Orthophonique

Somme de : 6250 DH

A raison de: 250 Dhs/ séance

Nombre de séances : 25 Séances de rééducation orthophonique de Mr Khebbab Mustapaha

Adressé par: DR Adil-Araqi-Houssaini ,

PLANNING DES SÉANCES

| Juin 2023 | Juillet/2023 | Aout /2023 |
|------------|--------------|------------|
| 16/06/2023 | 3/07/2023 | 2/02/2023 |
| 19/06/2023 | 5/07/2023 | 10/08/2023 |
| 21/06/2023 | 7/07/2023 | 14/08/2023 |
| 23/06/2023 | 10/07/2023 | 16/08/2023 |
| 26/06/2023 | 12/07/2023 | 18/082023 |
| 28/06/2023 | 14/07/2023 | 22/08/2023 |
| 30/06/2023 | 17/07/2023 | |
| | 19/07/2023 | |
| | 21/07/2023 | |
| | 26/07/2023 | |
| | 28/07/2023 | |
| | 31/07/2023 | |
| | | |
| | | |
| | | |

CETTE PRESENTE FACTURE EST ARRÊTÉE À LA SOMME DE « SIX MILLE DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS »

Identifiant Commun de l'Entreprise (ICE) : 002970696000023
Taxe Professionnelle : 34703031
Email : myriamsetouani@outlook.com

MYRIAM SETOUANI
ORTHOPHONISTE
35 Immeuble Office 2nd 35, Bureau N°13
Boulevard Moulaya - Casablanca

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 (الشبكية)
التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

أقامة الانتاج - زاوية براهيم الروداني والنحاس النحوي - الطابق الثاني فوق البنك العقاري والسباحي - المعاريف - الدار البيضاء
Résidence Infatih - 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 : 13/06/2023

KHEBBAB MUSTAPHA

469.00 x 3 = 1407.00

• Dopezil ranbaxy 10

1 Comprimé, soir, pendant 3 mois

83.70 x 7 = 585.90

• Deroxat 20 mg

1 Comprimé, matin, pendant 3 mois

T = 1992.90 DH

• MELATONINE 1 mg

2 CP A 20 HEURES 3 MOIS

27.20 x 3 = 81.60

• Cardioaspirine 100 mg

1 Comprimé, midi, pendant 3 mois

99.00

• Oedes 20 mg

1 Gélule, soir, pendant 1 mois

150.20 x 3 = 450.60

• ALMANTIN 10 mg

1 Comprimé, matin, pendant 3 mois

T = 632.30

د. عادل عراقي الحسيني
Dr. ADIL ARAQI-HOUSSAINI
إختصاصي أمراض الدماغ والأعصاب
Neurologue EEG - EMG
Résidence Infatih, Angle Brahim Roudani
et Nahass Nahoui, 2e Etg, Maarif - Cas. ca
Tel: 0522 25 02 02 / 05 222 555 66 - Whatsapp: 06 23 819 721

7x7 Ged

x3 Ged

GlaxoSmithKline Maroc

Ain El Aouda
Région de Rabat

PPV: 83,70 DH

ID: 651661

118001 140237

5184486

PPV: 469 DH 00



5184486

PPV: 150 DH 20

PPV: 150 DH 20

PPV: 150 DH 20

LOT 211484

EXP 04/2024

PPV 99.00 DH



20 Jul 2023

14164
03 RA

14165
07 RA

13 Juin 2023

