

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

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

N° P19- 050270

83249

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7004 Société : PAN

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité

Nom & Prénom : AMELLAH Jilali

Date de naissance : 1/10/64

Adresse : 223 Lot Layman CAEA

Tél. : 0661339810 Total des frais engagés : 511,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 1/10/2024

Nom et prénom du malade : DRIDOU EP ADELLAH SAID Age : 16/12/68

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

Nature de la maladie : Affection 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 : 01/10/2024

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|----------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| | 01 09 21 | 211,80 |

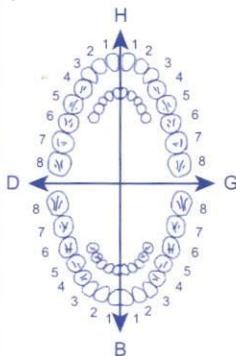
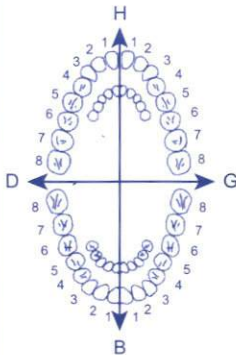
[illegible][illegible]

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'odontologie.

| 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 | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Cabinet de Neurologie

Dr Adil ARAQI-HOUSSAINI

Neurologue

Electro-encéphalogramme (EEG)

Video EEG

Electro-Neuro-Myogramme (EMG)

المختص في امراض الدماغ والاعصاب
التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)
التخطيط الكهربائي للعضلات والعصلات
أقامة الالتفاح - زاوية براهيم الروداني والنحاس النحوي - المطابق الثاني فوق البنك العقاري والسباحي - المعاريف - الدار البيضاء
Résidence Infithah - 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 امراض الدماغ والاعصاب

التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)

التخطيط الكهربائي للعضلات والعصلات

أقامة الالتفاح - زاوية براهيم الروداني والنحاس النحوي - المطابق الثاني فوق البنك العقاري والسباحي - المعاريف - الدار البيضاء

Résidence Infithah - 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 : 01/09/2021

DRIDOU EP AMELLAH SAIDA

99,20
• Nupentin 300 mg

1 Gélule, soir, pendant 3 mois

56,30x2

• D-cure 25000 ui

1 AMPOULE A BOIRE CHAQUE 15 JOURS PENDANT 3 MOIS (6 AMPOULES)

SV 01/09/21
0802636

Dr BENHADIA KARIM
Pharmacie Dar Assalam
32 Operation Assalam
Oulfa - Casablanca
Tel : 05 22 93 22 31

Dr BENHADIA KARIM
Pharmacie Dar Assalam
32 Operation Assalam
Oulfa - Casablanca
Tel : 05 22 93 22 31

SV

211,80

د. عادل العراقي الحسيني
Dr ADIL ARAQI-HOUSSAINI
Neurologue EEG EMG
Résidence Infithah - Angle Brahim Roudani et Nahass Nahoui 2ème Etg. Maarif- Casablanca
Tel : 05 22 25 02 02 GSM : 06 23 819 721

د. عادل العراقي الحسيني
Dr ADIL ARAQI-HOUSSAINI
Neurologue EEG EMG
Résidence Infithah - Angle Brahim Roudani et Nahass Nahoui 2ème Etg. Maarif- Casablanca
Tel : 05 22 25 02 02 GSM : 06 23 819 721

Composition par gélule:

Gabapentine (DCI) 300 mg

Excipients q.s.p une gélule.

Indications, Contre-indications,
Posologie et Précautions d'emploi :

Lire la notice à l'intérieur.

Tenir hors de la portée et la vue
des enfants.

A conserver à une température
inférieure à 25°C.

يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 25 درجة مئوية.
يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.

PPV: 99DH20

NUPENTIN® 300 mg

Boite de 30 gélules

Voie orale



6 118001 300020

NUPENTIN®
Gabapentine



300 mg

30 gélules
Voie orale

4 ampoules buvable
PPV: 56,30 DH
LOT: 21A11D
EXP: 01/2023

Solution huileuse buvable
محلول زيتي للشرب

Ergo
maroc



كوليكالستيفيرول 25 000 وحدة دولية
فيتامين D3

4 أمبولات للشرب
ن-كتر

4 أمبولات للشرب

4 ampoules buvable
PPV: 56,30 DH
LOT: 21A11D
EXP: 01/2023

Solution huileuse buvable
محلول زيتي للشرب

Ergo
maroc



25 000 وحدة لولية
قياسية D3

4 أمولات للشرب

4 أمولات للشرب