

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.

Diagnostique 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.

Prothèse :

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

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° M20- 0001039

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 338 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Veuve
Nom & Prénom : AFIF FALCHI
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 13/12/22
Nom et prénom du malade : AFIF FALCHI Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection longue durée
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 : Le :
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-01039

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

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
09/03/22			3000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/03/22	203,10

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	
	09/03/22					203,10

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

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																								
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td></tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS																					
	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

Cabinet de Neurologie

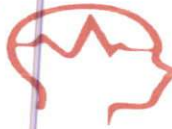
Dr Adil ARAQI-HOUSSAINI
Neurologue
Electro-encéphalogramme (EEG)
Vidéo EEG
Electro-Neuro-Myogramme (EMG)

أقامة الإنفتاح - زاوية براهيم الروداني والنحاس النحوي - الطابق الثاني فوق البنك العقاري والسياحي - المعاريف - الدار البيضاء
Résidence Infatah - 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 : adilaraqih@hotmail.com Site web : www. neurologue.ma

عيادة أمراض الدماغ والأعصاب

د. عادل العراقي الحسيني

إختصاصي في أمراض الدماغ والأعصاب
التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)
التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات



casablanca le : 09/03/2022

AFIF FATNA

Fluoxet 20 mg

1 Gélule, soir, pendant 3 mois

Lysanxia 10 mg

1/2 Comprimé, soir, pendant , 10 jours PUIS ARRET

Dr. ADIL ARAQI-HOUSSAINI
Neurologue EEG-EMG
Résidence Infatah - Angle Brahim Roudani
et Nahass Nahoui 2^{ème} Etg Maarif Casablanca
Tel 0522 25 02 02 / 05 222 555 66
GSM 0623 819 721

PHARMACIE HIBA
Dr. Ahmed CHAFRY
Hay Raha Rue Bagatelle
N°51 Bis Beausejour Casa
Tél: 05 22 94 99 34

AU TOTAL :

TST(Temps du Sommeil Total): 08h 59min avec une efficacité du sommeil de 87%(la valeur normale : >95%),

Sommeil non réparateur, avec une répartition irrégulière des stades du sommeil

Sommeil fragmenté par des réveils de longue durée

Index global des micro-éveils : 21.0/h (valeur normale <24/h)

Index global des micro-éveils d'origine ventilatoire : 6/h (valeur normale <10/h)

Sommeil paradoxal REM : Représente 18.3% du TST (pour rappel les normes sont : de 20 à 25%)

Diminution du Sommeil lent profond N3 : représente 13.8% du TST (Pour rappel les normes sont : de 20 à 25%)

Sommeil lent léger N1 : représente 10.1% (pour rappel les normes sont de 05 à 10%)

Sommeil lent léger N2 représente 57.8% (pour rappel les normes sont de 50 à 55%)

Pas de mouvements périodiques des jambes (index des PLM : 9/h du TST)(la valeur normale : <10/h)

Index des désaturations : 19/h du TST, la SpO2 moyenne est de 91% et la SpO2 minimale est à 74% du TST

Hypoxie : Temps passé sous les 90% de SpO2 : 01h 57min soit 21% du TST

SAHOS modéré (passe à sévère durant les phases du sommeil paradoxal) :

Effort ventilatoire important avec une ronchopathie inspiratoire associée

IAH : 21/h du TST

IAH REM (sommeil paradoxal) : 74/h

Patient (e) : AFIF FATNA

Médecin Traitant : Dr ARAQI HOUSSAINI ADIL

Date de facturation 19/03/2022

Devis N°: SO7451

Nom: AFIF FATNA

N° téléphone : 0612003595

Médecin : ARAQI HOUSSAINI ADIL

Code client: 09149

Facture FA22/0980

Référence	Description	Qté	Prix unitaire	Tva	Montant HT
PSG	[PSG] Mise A Disposition Polysomnographie Ventilatoire	1,000	2 500,0000	20%	2 083,33 DH
Total HT					2 083,33 DH
20%					416,67 DH
Total TTC					2 500,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de: deux Mille, cinq Cent DH zéro Centime

OXYDOM sarl
Siège Social: 20, Rue Al Ghadfa, Rés.Wafa
Maârif - Casablanca
Tél: 0522.86.23.07 - Fax: 0522.86.20.84
GSM: 0663.438.631
PAT: 35890244 - RC: 144593
ICE: 000206172000089

Siège commercial CASABLANCA :
Résidence du Palais IV. N°1, rue Arago.
Quartier des Hôpitaux. CP 20360
Tél: 0522 863 3 23 / fax: 0522 862 084
GSM: 0663 438 631
Email : contact@oxydom.ma
ICE: 000206172000089

Siège commercial RABAT :
Im. N° 18 , Appt N°1. Résidence Salsaf
Rue Aguelmane Sidi Ali. Agadal.
Tél : 0537 774 076 / Fax : 0537 774 078
GSM : 0663 438 631
Email : contact.rabat@oxydom.ma

Siège commercial FES :
Appt n°1 1ER étage. Résidence Rayan
Av. Al Madina Monauara.
Lot Amal 2, Narjis. CP 30070.
Tél : 0535 618 548 / Fax : 0535 618 543
GSM : 0663 438 631
Email : contact.fes@oxydom.ma

Siège social :
20, rue Al Ghadfa. Résidence Wafa
Maârif 20100. Casablanca. Maroc.
RC : 144593 - PAT : 35890244
IF : 1102972 - CNSS : 7093876
SGMB Agence S ABDELMOUMEN
Compte N° 022780000043002934049074

Cabinet de Neurologie

Dr Adil ARAQI-HOUSSAINI

Neurologue

Electro-encéphalogramme (EEG)

Vidéo EEG

Electro-Neuro-Myogramme (EMG)

إقامة الانفتاح - زاوية براهيم الروداني والنحاس النحوي - المطابق الثاني فوق البنك العقاري والسباحي - 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

عيادة أمراض الدماغ والأعصاب

د. عادل العراقي الحسيني

إختصاصي في أمراض الدماغ والأعصاب

التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات



091176602



casablanca le : 09/03/2022

AFIF FATNA

81 ANS

CEPHALEE DE TENSION

ACOUPHENE

TERRRAIN D'HTA ET DE DEABETE

ASTHME

RONFLEMENT NOCTURNE

POLYSOMNOGRAPHIE

OXYDOM sari

Siège Social: 20, Rue Al Ghadla, Rés. Wafa
Maarif - Casablanca
Tél : 0522 86 23 02 Fax : 0522 86 20 84
GSM: 06 23 43 86 31
EAT: 35890244 / RC : 144593
ICE : 000206172000089

د. عادل العراقي الحسيني
Dr ADIL ARAQI-HOUSSAINI

إختصاصي في أمراض الدماغ والأعصاب
التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)
التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات
Résidence Infitah - Angle Brahim Roudani et Nahass Nahoui (Ex Pelvoux) 2^{ème} étage- Maarif- Casablanca
Tél : 05 22 25 02 02 / 05 222 555 66 - Whatsapp : 06 23 819 721
Email : adilaraqi@hotmail.com Site web : www. neurologue.ma

Dr. ADIL ARAQI-HOUSSAINI
Neurologue EEG-EMG
Résidence Infitah - Angle Brahim Roudani et Nahass Nahoui (Ex Pelvoux) 2^{ème} étage- Maarif- Casablanca
Tél : 05 22 25 02 02 / 05 222 555 66 - Whatsapp : 06 23 819 721
Email : adilaraqi@hotmail.com Site web : www. neurologue.ma

Devis N° SO7451

Date du devis: 12/03/2022 10:57:16

Agence: OXYDOM Casa

Type de demande: Par Séance

Adresse de facturation et de livraison client:

Nom: AFIF FATNA

Adresse:

N° Tél: 0612003595

Code client: 09149

Référence	Description	N° serie	Quantité	Prix unitaire TTC	Total TTC
PSG	Mise a Disposition Polysomnographie Ventilatoire		1,000	2 500,0000	2 500,00 DH
Total HT					2 083,33 DH
Taxes					416,67 DH
Total TTC					2 500,00 DH

Arrêté le présent devis à la somme de :

Deux Mille, Cinq Cent DH Zéro Centime

OXYDOM sarl
Siège Social: 20, Rue Al Ghadfa, Res. Wafa
Maarif - Casablanca
Tél: 0522 863 323 - Fax: 0522 862 084
GSM: 0663 438 631
PAT: 35890244 / RC: 144593
ICE: 000206172000089

Siège commercial CASABLANCA :
Résidence du Palais IV. N°1, rue Arago.
Quartier des Hôpitaux. CP 20360
Tél: 0522 863 3 23 / fax: 0522 862 084
GSM: 0663 438 631
Email : contact@oxydom.ma
ICE: 000206172000089

Siège commercial RABAT :
Im. N° 18 , Appt N°1. Résidence Salsaf
Rue Aguelmane Sidi Ali. Agadal.
Tél : 0537 774 076 / Fax : 0537 774 078
GSM : 0663 438 631
Email : contact.rabat@oxydom.ma

Siège commercial FES :
Appt n°1 1ER étage. Résidence Rayan
Av. Al Madina Monauara.
Lot Amal 2, Narjis. CP 30070.
Tél : 0535 618 548 / Fax : 0535 618 543
GSM : 0663 438 631
Email : contact.fes@oxydom.ma

Siège social :
20, rue Al Ghadfa. Résidence Wafa
Maarif 20100. Casablanca. Maroc.
RC : 144593 - PAT : 35890244
IF : 1102972 - CNSS : 7093876
SGMB Agence S ABDELMOUMEN
Compte N° 022780000043002934049074