

## 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, parodontologie 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 Aïlal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal 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° W21-702333

20668

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1089 Société : PAN  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EL OFIR LATIF  
 Date de naissance : 28/07/51  
 Adresse : 12 RUE MAHMOUD TINOUR CASABLANCA  
 Tél. : 0660541601 Total des frais engagés : 65,98 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Stamp: DR. ARAZI HOUSSEINI, Neurologue, 20000 Casablanca, 05 22 22 78 18]  
 Date de consultation : 30/03/2022  
 Nom et prénom du malade : EL OFIR LATIF Age :  
 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 : 01/06/22  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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
30/03/22	C2		Gérint	INF: 084116612

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>ARMACIE N.C.B.</b> Séverine APPEL Claude Bernard 75005 PARIS 43 31 06 99 - Fax : 01 43 31 81 87 FINESS : 75 2 03814 1	08/07/2022	65,98€

<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>			
<b>Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue</b>	<b>Date</b>	<b>Désignation des Coefficients</b>	<b>Montant des Honoraires</b>

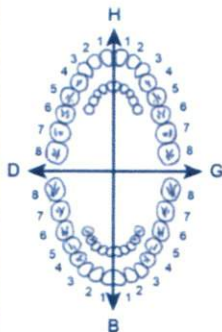
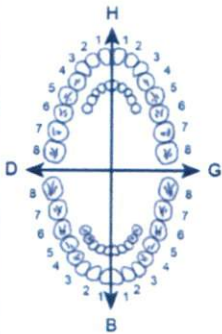
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412 21433552            00000000 00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>            00000000 00000000            35533411 11433553  <b>B</b> </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE MCB  
Severine APPEL  
2 RUE CLAUDE BERNARD  
75005 PARIS  
Tel: 0143310699  
N° SIRET: 75254079900018  
Code NAF: 4773Z - fr24752540799  
FRANCE

Page 1 / 1

**FACTURE**

N°3847/368411

Du 08/04/2022

Date de l'échéance 09/04/2022

EL OFIR LATIF  
12 ter rue rablais  
20000 CASABLANCA

Prescripteur : MEDECIN 75  
N° AM : 751999996  
Opérateur: emmanuelle g

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
VERSATIS 5% EMPL SACH/30 3400938285673 N° Ordonnancier : 429472	PH7	0	1	63,124	2,10%	63,12
Honor. dispens. HD7	HD7	0	1	0,999	2,10%	1,00
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
64,62	2,1% (4)	1,36	65,98
<b>Total HT</b>		<b>Total TVA</b>	<b>Total TTC</b>
64,62		1,36	65,98

Part AMO 0,00  
Part AMC 0,00  
Part Client 65,98

Mode(s) de règlement  
Règlements multiples (CB) 65,98

Reste dû 0,00

Montants exprimés en Euros

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

**PHARMACIE M.C.B**  
Séverine APPEL  
2 rue Claude Bernard 75005 PARIS  
Tél. 01 43 31 06 99 - Fax : 01 43 31 81 87  
FINESS : 75 2 03814 1  
SIRET : 752 540 799 00018

(u) indique les quantités unitaires

(\*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1

# Cabinet de Neurologie

Dr Adil ARAQI-HOUSSAINI

Neurologue

Electro-encéphalogramme ( EEG )

Vidéo EEG

Electro-Neuro-Myogramme ( EMG )

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

إقامة الأنفتاح - زاوية براهم 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

# عيادة أمراض الدماغ والأعصاب

د. عادل العراقي الحسيني

إختصاصي في أمراض الدماغ والأعصاب

المخطط الكهربائي للدماغ ( الشبكة )

المخطط الكهربائي للأعصاب والعضلات

إقامة الأنفتاح - زاوية براهم 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



061176602



casablanca le : 30/03/2022

EL OFIR LATIF

## • VERSATIS

1 à 3 emplâtres VERSATIS CHAQUE 24 HEURES à appliquer sur les zones douloureuses de LA  
peau TRAITEMENT DE 1 MOIS

د. عادل العراقي الحسيني  
Dr. Adil ARAQI-HOUSSAINI  
Neurologue EEG EMG  
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

Non Disponible au Maroc

## PHARMACIE M.C.B

Séverine APPEL

2 rue Claude Bernard 75005 PARIS

Tél 01 43 31 06 99 - Fax : 01 43 31 81 87

FINISS : 75 2 03814 1

SIRET : 752 540 799 00018