

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

N° W21-763791

130995

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6272

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUTBA HASSAN

Date de naissance : 25/06/1959 à CASABLANCA

Adresse : Résidence L'Alphéroux A° 4° étage 12702
Boulevard H. H. et 47 Casablanca 20190

Tél. : 06 88 11 86 83

Total des frais engagés : 2363,-

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BOUTBA HASSAN

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Parkinson

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.

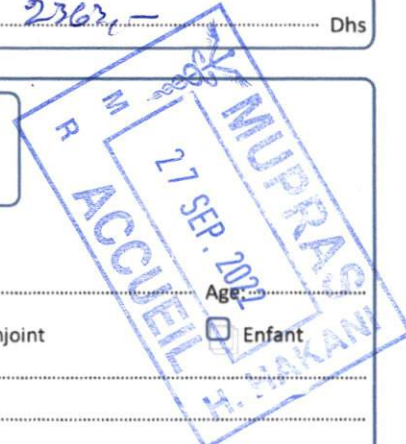
Fait à : Casablanca

Le : 01 / 09 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TILILA Centre d'Aménagement H.H 47 N°H May Laymouche / May Hassani Tel: 05 22 93 86 84 / Fax: 05 22 93 87 15 0015515566000078 - IF: 40155050	01/09/2022	2363,00

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

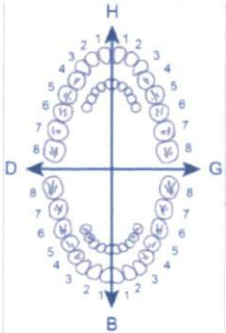
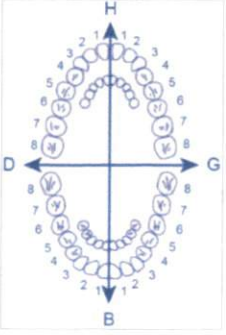
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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="text-align: center;"> <p>H</p> <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <p>D G</p> <table border="1"> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>B</p> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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 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)

الاستشارة في أمراض الدماغ والأعصاب
التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)
التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات
أقامة الالتفاح - زاوية براخيم الروداني والنحاس النحوي - الطابق الثاني فوق البنك العقاري والسياحي - المعاريف - الدار البيضاء
Résidence Infatiah - 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 أمراض الدماغ والأعصاب

التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

أقامة الالتفاح - زاوية براخيم الروداني والنحاس النحوي - الطابق الثاني فوق البنك العقاري والسياحي - المعاريف - الدار البيضاء

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

6 118001 050697

casablanca le : 24/05/2022

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

6 118001 050697

DUPLICATA

PHARMACIE TILILA
Voie d'Aménagement H.H 47 N°H
Hay Laymoune - Hay Hassani
Tél: 05 22 93 86 84 - Fax: 05 22 93 87 15
ICE: 001551566000078 - IF: 40155060

PHARMACIE TILILA
Voie d'Aménagement H.H 47 N°H
Hay Laymoune - Hay Hassani
Tél: 05 22 93 86 84 - Fax: 05 22 93 87 15
ICE: 001551566000078 - IF: 40155060

BOUTIBA HASSAN

298,00 x 2

• Madopar 250 mg

3/4****1/2****3/4****1/2**** TTT DE 3 MOIS (1 HEURE AVANT LES REPAS)

589,00 x 3

• Sifrol 1.05 mg

1 Comprimé, matin, pendant 3 MOIS

2363,00

د. عادل العراقي الحسيني
Dr. ADIL ARAQI-HOUSSAINI
Neurologue
Electro-encéphalogramme (EEG)
Electro-Neuro-Myogramme (EMG)
Résidence Infatiah - Angle Brahim Roudani et Nahass Nahoui (Ex Pelvoux) 2^{ème} étage- Maarif- Casablanca
Tél: 0522 25 02 02 / 05 222 555 66 - Whatsapp : 06 23 819 721
Email : adilaraqi@hotmail.com Site web : www.neurologue.ma

PHARMACIE TILILA
Voie d'Aménagement H.H 47 N°H
Hay Laymoune - Hay Hassani
Tél: 05 22 93 86 84 - Fax: 05 22 93 87 15
ICE: 001551566000078 - IF: 40155060

6 118001 040612
SIFROL 1,05 mg
(Pramipexole)
Comprimé à libération prolongée
Boîte de 30 PPV : 589 DH 00
BOTTU S.A.

6 118001 040612
SIFROL 1,05 mg
(Pramipexole)
Comprimé à libération prolongée
Boîte de 30 PPV : 589 DH 00
BOTTU S.A.

6 118001 040612
SIFROL 1,05 mg
(Pramipexole)
Comprimé à libération prolongée
Boîte de 30 PPV : 589 DH 00
BOTTU S.A.

Pharmacie TILILA - Casablanca

Pharmacienne : Latifa El yousfi

0522938684 Fax :0522938715

Voie d'aménagement HH 47 Hay Laymoune , Casablanca



Facture N° 20220924-164

Date de vente : 01/09/2022

Médecin traitant :

Mr BOUTIBA HASSAN

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
SIFROL CO 1.05MG B30 COMP	3	589,00	TVA (7.00%)	1 767,00
MADOPAR CO 250MG B100 COMP	2	298,00	TVA (7.00%)	596,00

Total HT	2 208,41 DHS
TVA	154,59 DHS
Total	2 363,00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : deux mille trois cent soixante-trois DHS

PHARMACIE TILILA
Voie d'Amenagement HH 47 N°H
Hay Laymoune Hay Hassani
Tél: 05 22 93 86 84 - Fax: 05 22 93 87 15
ICE: 001551566000078 - IF: 40155060

IF : 40155060 RC : 373086 ICE : 001551566000078 CNSS: 8142060 Patente: 36214345

Tel : 0522938684 Fax :0522938715

Adresse : Voie d'aménagement HH 47 Hay Laymoune , Casablanca

☐ valable 3 mois

Le 18/8/2021

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☐

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné : Dr ADIL ARAQI HOUSSEINI

Certifie que Mlle, Mme, M. : BOUTIBA NASSAN

Présente Maladie Parkinson

Nécessitant un traitement d'une durée de : 3 mois renouvelable

Dont ci-joint ordonnance : _____

(à défaut noter le traitement prescrit) Madopar 250 mg - 26 clpn