

## 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 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

- Reclamation : 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° W21-702337

135223

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1089 Société : RM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EL OUFIR LATIF  
 Date de naissance : 28/07/51  
 Adresse : 12 RUE MAHMOUD TIMOUR APTS 5 etage 2  
 Casablanca  
 Tél. : 0660544601 Total des frais engagés : 1680,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/08/2022  
 Nom et prénom du malade : EL OUFIR 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 : 31 / 10 / 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
19/09/2020	ECG	1	300 DHS	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture
<b>Pharmacie POUCAVADON</b> 27, Rue Moussa Benoussal Gauthier - Casablanca Tél : 05 22 26 12 73	12/09/2020 1320,50 Dh

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]														
				MONTANTS DES SOINS [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]														
				DEBUT D'EXECUTION [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]														
				FIN D'EXECUTION [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</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) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



# Cabinet de Neurologie

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

إقامة الانتفاخ - زاوية براهيم الروداني والنحاس - الطابق الثاني فوق البنك العقاري والسياحي - 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 : adilaraqih@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



casablanca le : 12/09/2022

EL OFIR LATIF

298x2

- Madopar 250 mg

1/2 Comprimé, X 4 PAR JOUR pendant , 3 mois (1 HEURE AVANT LES REPAS)

- Sifrol 0.52 mg

1 Comprimé, matin, pendant 3 mois

- Alyse 25 mg

1 Gélule, soir, pendant 3 mois

T=1320,50 DH

25T 208356  
28/09/22

Pharmacie FOUCAULT  
27, Rue Moussa Enou Nossai  
Gauthier - Casablanca  
Tel : 05 22 26 42 12

25T 208357  
28/09/22

Pharmacie FOUCAULT  
27, Rue Moussa Enou Nossai  
Gauthier - Casablanca  
Tel : 05 22 26 42 12

Dr Adil ARAQI-HOUSSAINI  
Neurologue EEG-EMG  
Résidence Infitah, Angle Brahim Roudani et  
Nahass Nahoui 2ème Etx, Maarif, Casablanca  
Tel : 05 22 25 02 02 GSM: 06 60 52 15 64

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

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



AMM N°: 81/2020 DMP/21/NRS

Lot.:

216820

Exp.:

08.2024

PPV: 136DH50



6 118001 040599  
SIFROL 0,52 mg  
(Pramipexole)  
Comprimé à libération prolongée  
Boîte de 30  
BOTTU S.A. PPV : 294 DH 00



6 118001 040599  
SIFROL 0,52 mg  
(Pramipexole)  
Comprimé à libération prolongée  
Boîte de 30  
BOTTU S.A. PPV : 294 DH 00