

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

- 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

M22- 0023177 **143833**

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **4953** Société : **RAM**
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : **CHALLI HOUSSINE**
Date de naissance : **01.01.1961**
Adresse : **RES CHARAB ZONE D Imm 9 Apt 11**
AIN SEBBA CASABLANCA
Tél. : **0661302886** Total des frais engagés : **1166,40** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **20/12/2022**
Nom et prénom du malade : **Bougajdi Hafida** Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : **épilepsie**
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : **CASA** Le : **20/12/22**
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
20/12/2022	G		300dh	<p>Dr. Hind MOUALLIF</p> <p>Amel 34113 - N°4 - Barmoussal</p> <p>Tél.: 0522 73 70 71 - INPE: 091246827</p>
20/12/2022	EEG K		600dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/12/2022	266.40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

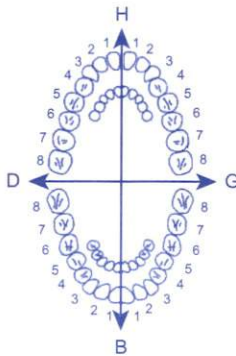
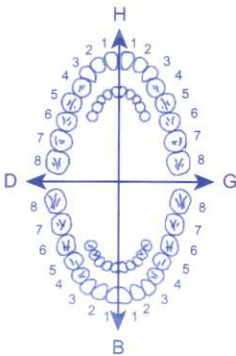
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				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"/>																					
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</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		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	(Création, remont, adjonction) 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

Docteur Hind MOUALLIF

NEUROLOGUE

(Adulte et Enfant)

Diplômée de la Faculté de Médecine et de
Pharmacie de Casablanca

Ancien médecin au CHU-IBN ROCHD
de Casablanca

Diplôme universitaire en :

- ELECTROENCÉPHALOGRAPHIE (EEG)
- ELECTRONEUROMYOGRAPHIE (ENMG)



الدكتورة هند مؤلف

طبيبة اختصاصية في أمراض الجهاز العصبي والعضلات
(الكبار والأطفال)

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد
بالدار البيضاء

دبلوم جامعي في تخصص :

- التخطيط الكهربائي للدماغ
- التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

Casablanca, le : 20/12/2022

BOUGATDI

Hafida

M3.30 x 2

① Dépakine chrono 500mg

39.80 1 - 0 - 1

(08mn)

② laoxyl gaites : 0 - 0 - 5 (1mn)

266.40

Dr. Hind MOUALLIF
NEUROLOGUE
Amal 3, Rue 18, N° 4 - Bernoussi
Tél.: 0522 73 70 71 - INPE: 091246827

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1 -
Ain Sebaa 20250 - Casablanca
DEPAKINE CHRONO 500MG CP PEL B30
P.P.V. : 113DH30



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1 -
Ain Sebaa Casablanca
DEPAKINE CHRONO 500 MG
CP PEL B30
P.P.V. : 113,30 DH



DATE: 26/12/2022
N: 123841

PPV: 39DH80
PER: 06/25
LOT: L1900

أمال 3، زنقة 18، رقم 4 - البرنوصي - الدار البيضاء
Amal 3, Rue 18, N° 4 - El Bernoussi - Casablanca
Tél.: 0522 73 70 71 E-mail : hind.mouallif@gmail.com

CABINET DE NEUROLOGIE Dr MOUALLIF Hind

RAPPORT EEG

Nom: BOUGAJDI Hafida
né(e) le: 05/12/1961
Sexe: Féminin
N° EEG:
Adresse:
Téléphone:

Medecin demandeur:
Origine de la demande:
Date examen: mardi 20 décembre 2022

INTERPRETATION :

- Rythme de fond normal dans la bande alpha autour de 9 Hz, symétrique et réactif à l'ouverture des yeux.
- Absence de foyer de ralentissement focal.
- Présence rares de grapho-éléments épileptiques diffus.
- la SLI ne modifie pas le tracé.

CONCLUSION :

Examen EEG objectivant la présence de rares grapho-éléments épileptiques diffus.

L'activité de fond est normale.

Dr. Hind MOUALLIF
NEUROLOGUE
Amel 3 K... N°4 - Benmoussi
Tél.: 0522 73 74 77 - INPE: 091244827

Cabinet De Neurologie

Docteur Hind MOUALLIF

Casablanca le :20 /12 / 2022

Facture :

Nom : BOUGAJDI

Prénom : Hafida

EEG K(30) :

Prix : 600 DH

Dr. Hind MOUALLIF
NEUROLOGUE
Amal 3 - Sidi Bernoussi
Tél : 0522 73 70 71 INPE: 09124682

Adresse : Amal 3 , Rue 18 , N° 4 – Sidi Bernoussi – Casablanca
Tél : 0522 73 70 71 – Patente :31602694- ICE :002420905000082 -
INPE :091246827 - IF :42722056