

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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
M23-001334

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7 7359 Société : R.A.M.
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : HAM BAW AMED / 71088
 Date de naissance : 02/11/1967
 Adresse : N°13 SM 121 RS DANAT TOMARIS
 DOR BWAZZA A open
 Tél. : 0667161215 Total des frais engagés : 7032,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 30/01/2023
 Nom et prénom du malade : Age:
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection neurologique
 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 : Casablanca Le : 04/01/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes : 30/05/2023
 Nature des Actes :
 Nombre et Coefficient :
 Montant détaillé des Honoraires : 3000
 Cachet et signature du Médecin attestant le Prélèvement des Actes :

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur :
 Date : 30/05/2023
 Montant de la Facture : 6732,00

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 : AM, PC, IM, IV
 Montant détaillé des Honoraires :

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'O.D.F.

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

H
 25533412 21433552
 00000000 00000000
 D 00000000 00000000 G
 35533411 11433553
 B

[Création, remont, adjonction]
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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)



عيادة أمراض الدماغ والأعصاب

د. عادل العراقي الحسيني

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

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



091178602



casablanca le : 30/05/2023

HAMROUN AHMED

561,00 x 12

• Keppra 500 mg

2 comprimés, matin, soir, pendant 6 mois

22/06/23
1348



T= 6732,00

د. عادل العراقي الحسيني
Dr. ADIL ARAQI HOUSAINI
إختصاصي أمراض الدماغ والأعصاب
Neurologue EEG - EMG
Résidence Infitah, Angle Brahim Roudani
et Nahass Nahoui, 2e Etg, Maarif - Casablanca
Tél: 0522 25 02 02 / 05 222 555 66 - Gsm: 06 23 819 721

PHARMACIE ICHRAKCENTER
PARAPHARMACIE
Lot. Diamant Vert Center Ichrak
Imm. N° 26 Magasin N° 7 Lissasfa
CASABLANCA - Tél: 05 30 12 93 14
Email: ichrak.pharmacie@gmail.com

Peel-off label (vignette)

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 561,00 DH



6 ID: 651751
118001 142606

Peel-off label (vignette)

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 561,00 DH



6 ID: 651751
118001 142606

Peel-off label (vignette)

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 561,00 DH

6 ID: 651751



118001 142606

Peel-off label (vignette)

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 561,00 DH



6 ID: 651751
118001 142606

Peel-off label (vignette)

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 561,00 DH



6 ID: 651751
118001 142606

Peel-off label (vignette)

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 561,00 DH

6 ID: 651751



1 18001 142606

Peel-off label (vignette)

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 561,00 DH



6 ID: 651751
118001 142606

Peel-off label (vignette)

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 561,00 DH



6 ID: 651751
118001 142606

Peel-off label (vignette)

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 561,00 DH

6 ID: 651751



118001 142606

Peel-off label (vignette)

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 561,00 DH



6 ID: 651751
118001 142606

Peel-off label (vignette)

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 561,00 DH



6 ID: 651751
118001 142606

Peel-off label (vignette)

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 561,00 DH

6 ID: 651751

118001 142606