

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-806909

203609

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8126 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DAROU Farah

Date de naissance : 28.9.1963

Adresse : 14, rue de Provence Casa

Tél. : 06 720 7095

Total des frais engagés : 300 + 694,2

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mounir EZZOUI  
NEUROLOGUE  
EEG - EMG  
5, Rue Soumia, Rue Gollien - Q. des Hôpitaux  
Casa - Tél: 0522 48 537

Date de consultation : 25.04.2024

Nom et prénom du malade : Dahou Farah

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint

Nature de la maladie : Cephalée - Vertige

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

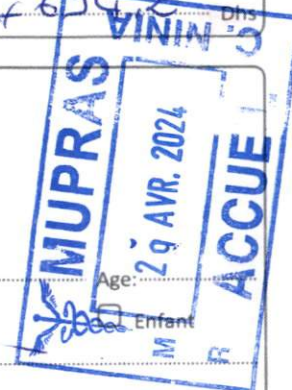
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 25/04/2024

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
25.04.2011	CS	1	300,00	INP : 0912027111 Docteur Moudir EZZOUZI NEUROLOGUE EEG - EMG المعالج أمراض الدماغ والجهاز العصبي 5, Rue Soumia, Rue Gallien - Q. des Hôpitaux Casa - Tél. 0522 48 53 44

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL NAFIS 28, Avenue du 2 Mars Casablanca - Tél. 0522 27 31 69	25/04/2011	694,20

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 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"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															
	<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 colspan="2">D</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">G</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	G		B		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession.
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	G																	
	B																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															



# Docteur Mounir EZZOUBI

Neurologue

Electroencéphalogramme ( EEG )

Electromyogramme ( EMG )

Diplômé de l'Université Libre de Bruxelles

Ancien Chef de Clinique aux Hôpitaux de Lille

Ancien Interne au CHU de Dijon

Expert Assermenté Auprès des Tribunaux

## الدكتور منير الزوبي

أخصائي في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

التخطيط الكهربائي للدماغ ( الشبكية )

التخطيط الكهربائي للمضلات والأعصاب

خريج كلية الطب بباروكسيل

طبيب سابق

بمستشفيات فرنسا

خبير محلف لدى المحاكم

Casablanca, le : ..... 25.04.2024 .....

Mme DAHOU Farah

240,00 x 2

1 SEROPLEX 10mg cp pellic séc : Plq trans/28

1 comprimé le matin, au cours du repas, pendant 3 mois.

2 ALPRAZ 1 MG

1 comprimé le soir, après le repas, pendant 3 mois.

Docteur Mounir

69h.20

**PHARMACIE IBN NAFIS**  
28, Avenue du 2 Mars  
Casablanca - Tél.: 05 22 27 31 69

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Qi,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Seroplex 10mg cp sec b28  
P.P.V : 240,00 DH  
6 118001 184989

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Qi,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Seroplex 10mg cp sec b28  
P.P.V : 240,00 DH  
6 118001 184989

LOT 230009 1  
EXP 12 2025  
PPV 35.70

LOT 223841 1  
EXP 11 2025  
PPV 35.70

LOT 222108 1  
EXP 06 2025  
PPV 35.70

LOT 230104 1  
EXP 12 2025  
PPV 35.70

LOT 230104 1  
EXP 12 2025  
PPV 35.70

LOT 232430 1  
EXP 08 2026  
PPV 35.70