

# 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.

## Diagnostique 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.

## Maladie :

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.



## Déclaration de Maladie

N° P19- 052241

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 20611 Société : WOP - 31774

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : PS MAA

Nom & Prénom : M. AKIL HOUAF

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : .....

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 : ..... Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : .....

8

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-052241

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

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



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES																			
Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins. Veuillez fournir une facture 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																
<b>Coefficient des</b> <b>Montant des soins</b> <b>Début d'exécution</b> <b>Fin d'exécution</b>																			
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			
	H		G																
	25533412	21433552	00000000	00000000															
	00000000	00000000	00000000	00000000															
35533411	11433553																		
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																			
<b>Montant des soins</b> <b>Date du devis</b> <b>Fin de</b>																			
Visa et cachet du dentiste attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																	
VOILET ADHERENT		Mle 10411																	
DECLARATION N° W18-348295																			
Date de Dépôt	Montant engagé	Nombre de pièces Jointes																	
15.06.20	3118,-																		
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle																			

MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		W18-348295	DATE DE DEPOT ...../...../201.....
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 10411	
Nom & Prénom		MAKHLoufi ASMAA	
Fonction	AGENT	Phones 0660993223	
Mail		A.MAKHLOUFI@RAM	
MEDECIN	Prénom du patient ASMAA		
Adhérent	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	Age
Nature de la maladie		Date 21/01/20	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Date 1ère visite 22/01/20	
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
un PJ CEG		300 600	
PHARMACIE	Date 28/01/2020		
Montant de la facture	1332,00		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date 24/01/20	
Désignation des coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
Prothèse	856,73		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Dr. Fouad LAYADI

Neurochirurgien

Chirurgie de la colonne vertébrale

Electro-Encéphalographie ( EEG )

Diplômé de la faculté de médecine de Casablanca

Ex interne des Hôpitaux de France

Clermont Ferrand



الدكتور فؤاد العيادي

جراحة الدماغ و الأعصاب

جراحة العمود الفقري، آلام الظهر

التخطيط الدماغي

خريج كلية الطب بالدار البيضاء

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا

Casablanca, le 28/01/20 في الدار البيضاء،

Mr. Makhlouf Armoa

(666,00 x 2)

— kopro 800 —

1 — 0 — 1

du Lomsi

1332,00

Madame BARTAL FATIMA  
Pharmacie Ascharaf  
Rue Socrate - Maarif  
Casablanca - Tél : 0522 25 22 09

DR. FOUAD LAYADI  
Neurochirurgien  
Chirurgie de la Colonne Vertébrale  
23, Rue Taha Houcine N°1, Quartier Gautier  
Tél : 05 22 20 22 37 - 06 61 18 58 69  
IPNE : 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

23، زنقة طه حسين حي كوتبي رقم 1 الدار البيضاء

23, Rue Taha Houcine N°1 Quartier Gautier - Casablanca

Fixe: 05 22 20 22 37 - Urgence : 06 61 18 58 69 - E-mail : flayadi2000@gmail.com



**Dr. Fouad LAYADI**

Neurochirurgien

Chirurgie de la colonne vertébrale

Electro-Encéphalographie ( EEG )

Diplômé de la faculté de médecine de Casablanca

Ex interne des Hôpitaux de France

Clermont Ferrand



الدكتور فؤاد الهادي

جراحة الدماغ والأعصاب

جراحة العمود الفقري، آلام الظهر

التخطيط الدماغي

خريج كلية الطب بالدار البيضاء

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا

Casablanca, le 21/01/2020 في الدار البيضاء.

Makloufi Driss  
note d'honneur

Electroencephalographie  
de veille

600 DH. (80 cent DH)

Dr. FOUAD LAYADI  
Neurochirurgien  
Chirurgie de la Colonne Vertébrale  
23, Rue Taha Hachine N° 1, Quartier Gautier - Casablanca  
Fixe : 05 22 20 22 37 - Gsm : 06 61 18 58 69  
INSEE : 09 10 32 13 5

23, زرقطة طه حسين مي لوتيي رقم 1 الدار البيضاء

23, Rue Taha Hachine N° 1 Quartier Gautier - Casablanca

Fixe : 05 22 20 22 37 - Urgence : 06 61 18 58 69 - Email : flayadi2000@gmail.com

# CENTRE IRM MAARIF

Dr BERRADA M.  
Radiologue

Dr BENYAHIA Z.  
Radiologue

Domiciliation bancaire: compte n° 022 780 000 162 000 500114274 SGMB Agence Palmiers- MAARIF  
Patente : 34770967 I.F. : 1087675

Casa 21/01/2020

Gadovist 1,0 mmol/ml, Flacon de 7,5 ml   
de solution injectable  
Gadobutrol  
P.P.V. : 896,00 DH  
Bayer S.A.  
  
6 118001 090723

## Facture

Nom & Prénom : Mlle MAKHLOUFI ASMAA

Date d'examen : 21/01/2020

<i>Examens</i>	<i>Honoraires</i>
PRODUIT DE CONTRASTE POUR ANGIO-IRM CEREBRALE	896,00 DHS
TOTAL A PAYER	896,00 DHS

Arrêté à la somme de :

HUIT CENTS QUATRE VINGT SEIZE DIRHAMS, 00 CTS.

CENTRE IRM MAARIF  
BERRADA M. BENYAHIA Z.

17, Rue Mohamed Bahi

Tél : 0522 23 13 12

Fax : 0522 25 88 73

17, Rue Mohamed BAHY (ex. Rue Meissonnier) en face du bureau de pointage des Taxis-  
Maârif. Casablanca 20 100. Tél.: 022 25.74.82 / 23.79.34 / 25.30.30. Fax: 022 23.77.05

# CENTRE IRM MAARIF

Dr BERRADA M.  
Radiologue

Dr BENYAHIA Z.  
Radiologue

Domiciliation bancaire: compte n° 022 780 000 162 000 500114274 SGMB Agence Palmiers- MAARIF  
Patente : 34770967 I.F. :1087675

Casa 21/01/2020

## ORDONNANCE

Nom & Prénom : Mlle MAKHLOUFI ASMAA  
Date d'examen : 21/01/2020

GADOVIST 1,0 mmol/ml 1 BOITE de 7,5 ml (Injection).

**CENTRE IRM MAARIF**  
BERRADA M. BENYAHIA Z.  
17, Rue Mohamed Bahi  
Tél : 0522 23 23 17  
Fax : 0522 25 28 77

Peel-off label (vignette)



**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**  
Uniquement sur ordonnance - Liste I

**Site de fabrication:**

UCB Pharma S.A.  
Chemin du Foriest  
1420 Braine-l'Alleud  
BELGIQUE



**Titulaire:**

GlaxoSmithKline Maroc  
42-44 Angle Bd Rachidi Et Rue Abou  
Hamed Al Ghazali - Casablanca  
MAROC

Chaque comprimé pelliculé contient 500 mg de lévétiracétam.

**Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.**

Médicament soumis à prescription médicale.

Voie orale. Lire la notice avant utilisation.



**Keppra® 500 mg**

*comprimés pelliculés*

**Lévétiracétam**

 60 comprimés pelliculés

Peel-off label (vignette)



**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**  
Uniquement sur ordonnance - Liste I

**Site de fabrication:**

UCB Pharma S.A.  
Chemin du Foriest  
1420 Braine-l'Alleud  
BELGIQUE



**Titulaire:**

GlaxoSmithKline Maroc  
42-44 Angle Bd Rachidi Et Rue Abou  
Hamed Al Ghazali - Casablanca  
MAROC

Chaque comprimé pelliculé contient 500 mg de lévétiracétam.

**Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.**

Médicament soumis à prescription médicale.

Voie orale. Lire la notice avant utilisation.



**Keppra® 500 mg**

*comprimés pelliculés*

**Lévétiracétam**

 60 comprimés pelliculés



# CABINET DR LAYADI FOUAD

## RAPPORT EEG

Donnée patient: **MAKHLOUFI ASMAA**

Date de naissance: 11/06/1976

Sexe: Féminin

Age: 43 ans

Diagnostic : comitialité sur POE post centrale droite ?

### Interprétation

- Tracé alpha dominant postérieur régulier à 10 c/s symétrique et bien réparti réagissant à l'ouverture fermeture des yeux
- Présence d'une discrète activité en pointe frontale droite et de quelques ondes lentes en central
- SLI et hyperpnée sans retentissement sur le tracé

Docteur

