

## 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



## Déclaration de Maladie

Nº W21-723057

148 379

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

828

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

NADIR

RKIA

Date de naissance :

Adresse :

Massira 1 N° 1595 Témara

Tél. :

06 97 9555 70

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. LYCUSSI Mouna  
Néurologue  
21 Imm. 210, av. Moulay Ali Cherif  
Cit. Massira 1-Témara Fixe: 05 37 62 96 90  
Portable: 06 68 95 56 54 INPE: 1012 05 8555 8

30/01/2023

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age:

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 :

de l'adhérent(e) :

R

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### RELEVE 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
30/10/23	C.s.		300.00hs	<p>INP : 101208758</p> <p><b>Dr. LYOUSSE Mouna</b> NEUROLOGUE 2, Avenue Moulay Hassan Cité Massira I-Témara GSM: 06 68 95 50 54-Fax: 05 37 62 96 90 INPE: 1012088558</p>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE 102012893	30/10/23	1087.45

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : [ ]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
				MONTANTS DES SOINS [ ]
				DEBUT D'EXÉCUTION [ ]
				FIN D'EXÉCUTION [ ]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
				MONTANTS DES SOINS [ ]
				DATE DU DEVIS [ ]
				DATE DE L'EXÉCUTION [ ]

O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES

H	1	2	3	4	5	6	7	8
D	8	7	6	5	4	3	2	1
G	1	2	3	4	5	6	7	8
B	8	7	6	5	4	3	2	1

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

# Dr. LYOUSSE MOUNA

**Neurologue - Epileptologue  
(Adulte et Enfant)**

Maladies du cerveau - Moelle épinière - Système nerveux

Péripherique et Muscles

Explorations neurophysiologiques: EEG - Video EEG - ENMG



## الدكتورة اليوسى منى

اختصاصية في الجهاز العصبي ومرض الصرع  
(الكبار والصغار)

أمراض الدماغ الأعصاب النخاع الشوكي والعضلات

التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

Témara le: ..... 30 Janv. 2013 ..... قمارة في.....

113,30 + 30 m NADER RKIA

11- Dépokine Choux 500mg

180,50 + 30 m pdt 03 fois jour 08h00 à 18h00  
12- Fluoxet 20 mg

44,50 + 5 mg gelée orale pdt 03 fois jour 08h00 à 18h00

31- Lamotrigine 7,5 mg

Dr. LYOUSSE MOUNA  
NEUROLOGUE  
2, Imm. 209, Avenue Moulay Ali Cherif  
Cité Massira I-Témara  
GSM: 06 68 95 10 54 - 05 37 62 96 90  
INPE: 1012088558

Dr. LYOUSSE Mouna  
NEUROLOGUE  
2, Imm. 209, Avenue Moulay Ali Cherif  
Cité Massira I-Témara  
GSM: 06 68 95 10 54 - 05 37 62 96 90  
INPE: 1012088558

عمارة 209 - رقم 2 شارع مولاي علي الشريف - المسيرة 1 - قمارة

Imm. 209, Appt N°2, Avenue Moulay Ali Cherif, Cité Massira I - TEMARA  
E-mail: dr.lyoussi@gmail.com - Tél: 05 37 62 96 90

sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1.  
Ain Sébaâ Casablanca  
DEPAKINE CHRONO 500 MG  
P PEL B30

P.V. : 113,30 DH



118001 081073

LOT  
EXP  
PPV

222421 1  
07 2025  
180.00

Fluoxet® 20 mg  
30 gélules



6 118000 021681

EXP 08 2025  
PPV 180.00

Fluoxet® 20 mg  
30 gélules



6 118000 021681

LOT 22  
EXP 10 2  
PPV 180

180,00



6 118000 021681

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1.  
Ain Sébaâ 20250 - Casablanca  
DEPAKINE CHRONO 500MG CP PEL B30

P.P.V. : 113DH30



6 118001 081073

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1.  
Ain Sébaâ 20250 - Casablanca  
DEPAKINE CHRONO 500MG CP PEL B30

P.P.V. : 113DH30



6 118001 081073

Imovane 7,5 mg  
Comprimés pelliculés  
sécables



6 118000 012368

41,50

Imovane 7,5 mg  
Comprimés pelliculés  
sécables



6 118000 012368

Imovane 7,5 mg  
Comprimés pelliculés  
sécables



6 118000 012368

41,50 41,50

Imovane 7,5 mg  
Comprimés pelliculés  
sécables



6 118000 012368

Imovane 7,5 mg  
Comprimés pelliculés  
sécables



6 118000 012368

41,50

41,50