

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

- 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° W21-620578

60912

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 828 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BAHADDI Mohamed

Date de naissance : 1942

Adresse : 1595 Massira 1 Temara

Tél. : 0697955570 Total des frais engagés : 1721,40 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/03 2021

Nom et prénom du malade : Mme NADIR Rkia Age : 73 ans

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

Nature de la maladie : Dépressif

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 : Temara Le : 04/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT


Déclaration de maladie N° W21-620578

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 : 828
Nom de l'adhérent(e) : BAHADDI
Total des frais engagés : 1721,40
Date de dépôt :

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
04/03/21	CS	—	300 dhs	INP : 101208858
				Dr. LYOUSSI Mohamed
				NEUROLOGUE
				2, Imm. 209, Av. Hassan Ali Cherif
				Cité Massira I-Ténara
				GSM: 00 68 95 50 54-Fixe: 05 37 62 96 90
				INPE: 1012088558

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/03/21	1925,40

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

[illegible]

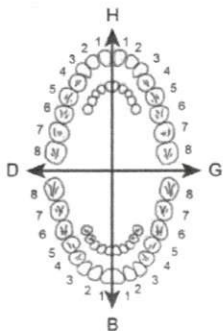
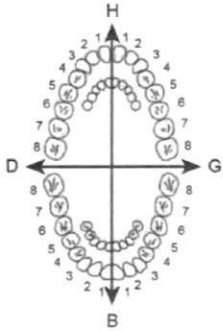
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	[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

Dr. LYOUSSI MOUNA

Neurologue - Epileptologue

(Adulte et Enfant)

Maladies du cerveau - Moelle épinière - Système nerveux

Périphérique et Muscles

Explorations neurophysiologiques: EEG - Video EEG - ENMG



الدكتورة اليوسي موني

اختصاصية في الجب العصبي ومرض الصرع
(الكبار والصغار)

أمراض الدماغ والأعصاب الطرفية الشوكية والعضلات

التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

تمارة le: 04 Nov 2021 في

Dr. NADIR RKIA

$180,100 \times 3 = 540,100$

41- Fluoxet 20mg

1 plj le matin après repas

$1113,300 \times 3 = 3339,90$

21- Dépakine 500 chrono

1 plj le soir pelt 03 mois

$911,000 \times 3 = 2733,00$

31- Stohicel 20mg

1 plj le soir pelt 03 mois

$411,500 \times 3 = 1234,50$

41- INOVANE 715g

1 plj le soir pelt 03 mois

$72,000 \times 2 = 144,00$

51- Détensiel 10mg

1 plj le soir pelt 03 mois

#142140#

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

Imm. 209, Appt N°2, Avenue Moulay Ali Chérif, Cité Massira I - TEMARA

E-mail: dr.lyoussi@gmail.com - Tél: 05 37 62 96 90

Pharmacie BAHIA
170, Avenue Idriss 1er
Massira - TEMARA
Tél: 0537 60 52 10
Fax: 0537 60 77 10

Pharmacie BAHIA
170, Avenue Idriss 1er
Massira - TEMARA
Tél: 0537 60 52 10
Fax: 0537 60 77 10

Pharmacie BAHIA
170, Avenue Idriss 1er
Massira - TEMARA
Tél: 0537 60 52 10
Fax: 0537 60 77 10

Dr. LYOUSSI MOUNA
NEUROLOGUE
Imm. 209, Appt N°2, Avenue Moulay Ali Chérif
Cité Massira I - TEMARA
Tél: 05 37 62 96 90
Fax: 05 37 62 96 90

LOT 202614 1
EXP 11 2023
PPV 180.00

LOT 202614 1
EXP 11 2023
PPV 180.00

LOT 202614 1
EXP 11 2023
PPV 180.00



113120 1023
PPV 91DH00

113120 1023
PPV 91DH00

113120 1023
PPV 91DH00

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Dep:akine chrono 500mg
cp pel b30
P.P.V : 113,30 DH



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Dep:akine chrono 500mg
cp pel b30

P.P.V : 113,30 DH



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Dep:akine chrono 500mg
cp pel b30

P.P.V : 113,30 DH



41,50



41,50



41,50

