

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

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

N° P19- 051572

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3565 Société : RAM 35777
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : DADISSI Mohamed
Date de naissance :
Adresse : Rue So, n° 168 lot EL FATH Sidi HAROUN
CASA MARRAKECH
Tél. : 06 67 12 34 22 Total des frais engagés : 1830,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور فؤاد الیوبی
أمراض الرأس والأعصاب
Dr. Fouad LYOUBI
Maladies Système Nerveux
196, Av. Mers Sultan - CASA
Tél : 0522 26 18 00/01

Date de consultation : 31/03/2020
Nom et prénom du malade : DADISSI Soufiane Age : 33 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : NPSY (Psychose infantile) stable
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Tr. motor et du langage
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) :

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
31.03.2020	Consultation	1	509,-	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fond de Masseuse	Date	Montant de la Facture
	31/03/2020	1330,50

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				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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD

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

D	H	G	
	B		
			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

Docteur Fouad LYOUBI

Spécialiste Diplômé de la
Faculté de Médecine de Marseille - France

MALADIES DU SYSTEME NERVEUX
C.E.S. Psychiatre Adultes & Enfants

C.E.S. Médecine Légale et Expertises Médicales
Diplômé en Electro-encéphalographie Clinique



الدكتور فؤاد اليوبي

طبيب اختصاصي حائز على دبلوم أمراض
الرأس و الأعصاب من كلية الطب بمرسيليا - فرنسا

طبيب نفساني و شرعي

فحص الدماغ بالتخطيط الإلكتروني

DADISSI Soufiane

31.03.2020

Casablanca, le :

وصفة لمدة 4 أشهر

(288,00x4)
1/ Prisdal 2 mg cp
1 cp soir SAUF SAM DIM

(35,70x5)
2/ Alpraz 1 mg cp
1/2 cp au coucher

En cas d'INSOMNIE : prendre 1 cp Alpraz 1 mg

En cas de besoin (agitation), donner:

1 cp Prisdal 2 mg

+

1 cp Alpraz 1 mg

الدكتور فؤاد اليوبي
أمراض الرأس والأعصاب
Dr. Fouad LYOUBI
Maladies Système Nerveux
196, Av. Mers Sultan - CASA
Tél: 0522 26 18 00 / 01

PHARMACIE AHMED ALI
Dr. EL JOUADI ALI
Lot. El Fath N°60 bis
Sidi Maârouf - CASABLANCA
Tél / Fax: 072.97.32.16

196, شارع مرس السلطان - إقامة الخنساء - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 26 18 00 / 01

196, Av. Mers Sultan - Résidence Khansaa - Casablanca - Tél.: 05 22 26 18 00 / 01

LOT 192474 1
EXP 09 2022
PPV 35.70 35.70

LOT 192020 1
EXP 09 2022
PPV 35.70 35.70

LOT 192474 1
EXP 09 2022
PPV 35.70 35.70

LOT 192020 1
EXP 09 2022
PPV 35.70 35.70

LOT 192020 1
EXP 09 2022
PPV 35.70 35.70