

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 canaux, 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 canaux.

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

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W19-412872

43040

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 930 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Merzouki Tassiri Abdelhafid

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 05 37 61 01 75 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL ALAOUI TAOUSSIK
Neurologue
Av. Hassan II, Résidence Mamounia
Entrée A - N°25 - Rabat
Tél. : 05 37 66 05 07 - L.N.P.E. : 101166304

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : SD dementiel

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) :

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
11/09/2020	C		300 DH	Dr. EL ALAOU TAOUSSIK Neurologue Rég. Résidence Médicale N° 25 - 11/09/2020 INPE : 10116634

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ABJ HOURAIRA الصيدلية ابي حورايرة الدكتور علي زجا شارع القاهرة - 15 الهاتف : 102 062 501 INPE : 102 062 501	11/09/2020	1647,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

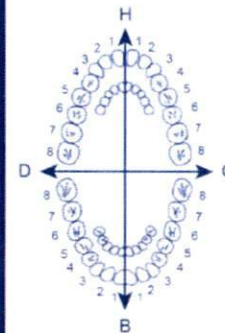
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

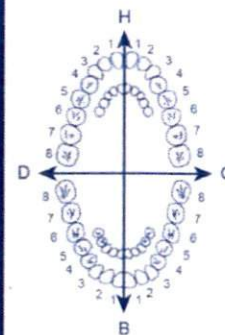
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
05533412	01433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

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

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

CCEFFICIENT 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

Dr. EL ALAOUI TAOUSSI

Lalla Kaoutar

Neurologue

Diplômée de la Faculté de Médecine

et de Pharmacie de Rabat

Vidéo-Électroencéphalogramme "Vidéo-EEG"

Electroneuromyogramme "EMG"

الدكتورة العلوي الطوسي
لالة كوثر

أخصائية أمراض الجهاز العصبي

خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط

التخطيط الكهربائي للدماغ

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

Rabat, le

11/09/2020

Mr MERZOUKI TORISSI Abdelhafid

1) Tardyferon 800mg

140,00 1 cp/j le matin pdt 1 mois

2) Odoles 20mg gel = 1 gel/j le soir pdt 3 mois

46,70 3) Zyloric 100 cp

2x 126,00 1 cp/j le soir pdt 3 mois

4) Gilintra 10mg cp

3x 126,00 1/2 cp/j le matin pdt 3 mois

5) Seroquel 100 cp = 1 - 0 - 1 pdt 3 mois

3x 63,30 4) Tritagide 10/12,5 = 1 cp/j le matin pdt 3 mois

150,20 5) Almantin 10mg cp = 1 cp/j le soir pdt 3 mois

Av. Hassan II, Résidence Mamounia, Entrée A - N°25 - Rabat - الرباط - 25، شقة أ. مدخل أ. مانية، إقامة

4ème Etage (Ascenseur) face à la station Tramway-Médina - بالمدينة، محطة ترام المدينة - بالمدينة، محطة ترام المدينة

Tel.: 05.37.66.06.07 - الهاتف - Email: elalaoui.t.k@gmail.com - البريد الإلكتروني

INPE: 102 062 601

31934

6 118001 103041

Tardyferon® 80mg

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA

41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca

Pharmacie Responsable : Amine BACUHI

PPV : 40,50 DH

LOT: 191564
 PER: 04-2023
 PPV: 140,00 DH

LOT 201091
 EXP 06 2024
 PPV 46.70 DH

PPV: 126 DH 00

PPV: 126 DH 00

SYNTHEMEDIC

22 rue soubair bnou al aouam roches
noires casablanca

SEROQUEL

100mg

Cpr enr

Boîte de 60

26976 DMP/21NSF P.P.V.: 276,00 DH

6 118001 021307

SYNTHEMEDIC

22 rue soubair bnou al aouam roches
noires casablanca

SEROQUEL

100mg

Cpr enr

Boîte de 60

26976 DMP/21NSF P.P.V.: 276,00 DH

6 118001 021307

SYNTHEMEDIC

22 rue soubair bnou al aouam roches
noires casablanca

SEROQUEL

100mg

Cpr enr

Boîte de 60

26976 DMP/21NSF P.P.V.: 276,00 DH

6 118001 021307

63,30

63,30

63,30

PPV: 150 DH 20