

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Prothèse 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° M21- 0037427

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9271 Société : RAN (60749)

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : YAKOUB ABLOYE

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21- 0037427

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 :

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

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° W19-558001

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9271 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : YAKOUTY Abdelmejid

Date de naissance : 09.03.67

Adresse :

Tél. : 0611899083 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/10/2021

Nom et prénom du malade : YAKOUTY Ayoub Age: 13A

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

Nature de la maladie : Epilepsie

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 : 22/02/2021

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
08.10.20	K	27	2000	INP : <input type="text"/> 
		Kg	11000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie 2000 062000591 Docteur Kadi L. Zineb 22, Bd Mohamed V - BORDJ Tél : 022.53.36.05	08-10-20	42580

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

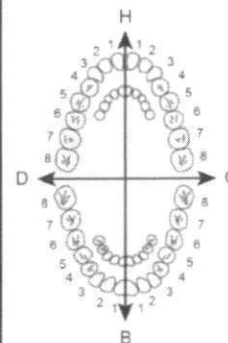
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

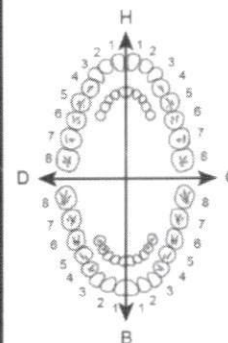
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

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 SAMII HAMID

Spécialiste de Neurochirurgie

Spécialiste des maladies

Du Cerveau et de la colonne vertébrale

Ex. Attaché C.H.U Avicenne Rabat

Ex. Attaché C.H.U Timone Marseille



الدكتور سميعي حميد

إختصاصي في جراحة الدماغ

والأعصاب والعمود الفقري

جراح سابق بمستشفى ابن سينا الرباط

جراح سابق بمستشفيات مرسيليا فرنسا

Berrechid , le برشيد , في



061171765

ORDONNANCE

YAKOUT;
A-1003

79,30

6/10/2022

Acit

1475.80

LOT: 1058783-1
PER: 09-2022
PPV: 79, 30DH

LOT: 1058783-1
PER: 09-2022
PPV: 79, 30DH

LOT: 1059537
PER: 11-2022
PPV: 79, 30DH

LOT: 1058783-1
PER: 09-2022
PPV: 79, 30DH

LOT: 1058783-1
PER: 09-2022
PPV: 79, 30DH

LOT: 1058783-1
PER: 09-2022
PPV: 79, 30DH

Pharmacie 2000
Docteur Kadiri L. Zineb
22 bd Mohammed V - BERRECHID
Téléphone : 022.53.36.05

DR. SAMII HAMID
Neurochirurgie
Bd Med V - BERRECHID

B.d Mohamed V Berrechid - 47 diour essafi 1^{er} étage

Tél: 06 34 27 26 28 - 06 59 12 13 15

E-mail: mr.samii.hamid@gmail.com

شارع محمد الخامس برشيد - 47 ديور الصافي طابق الأول

الهاتف: 06 34 27 26 28 - 06 59 12 13 15

البريد الإلكتروني: mr.samii.hamid@gmail.com

DR HAMID SAMII
BOULEVARD MOHAMMED V IMMEUBLE 47
BERRECHID

GSM 0661296126

RAPPORT MEDICAL

NOM : YAKOUTI AYOUB

Sexe : M

Age : 13 ANS

- Le tracé de fond régulier de type alpha bien architecturé,
- Presence de pointes et d'ondes pointes lentes .
- HPN et SLI ne modifie pas le tracé .

CONCLUSION

-Tracé EEG de type paroxystiques .

[Handwritten signature and stamp]
The stamp contains the following text: "DR HAMID SAMII", "BOULEVARD MOHAMMED V IMMEUBLE 47", "BERRECHID", "GSM 0661296126", and "01.54.11.11".

Docteur SAMII HAMID

Spécialiste de Neurochirurgie

Spécialiste des maladies

Du Cerveau et de la colonne vertébrale

Ex. Attaché C.H.U Avicenne Rabat

Ex. Attaché C.H.U Timone Marseille



الدكتور سميعي حميد

إختصاصي في جراحة الدماغ

والأعصاب والعمود الفقري

جراح سابق بمستشفى ابن سينا الرباط

جراح سابق بمستشفيات مرسيليا فرنسا

برشيد, le 28/10/2020 Berrechid , le



061171765

ORDONNANCE

YAKOUTI
A YOUS

C₂ ≠ 200 DH ≠

EEG K₃₀ ≠ 400 DH ≠

TOTAL ≠ 600 DH ≠

≠ SIX CENT DH ≠

الدكتور سميعي حميد
جراح الدماغ والأعصاب
Dr. Samii Hamid
Neurochirurgie
Tél: 0634 27 26 28 - 06 59 12 13 15