

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

- Reclamation : 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'Horizon
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-666092

119388

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2605 Société : Royal Air Maroc - Retraitée

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : SADI SADI

Date de naissance : 29-05-1956

Adresse : Tale Urban Nouaceur Bd. Wajidi M. 442. Nouaceur

Tél. : 0661156142 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/05/2022

Nom et prénom du malade : SADI SADI Age : 66 ans

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

Nature de la maladie : NPSY (TR. Souvent Anxiété généralisée)

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 : CASABLANCA

Le : 26/05/2022

Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

26/05/22	4/50/20	4/50/20	INP : 019/095514	<p>الدكتور فؤاد ليوبي</p> <p>أمراض الرئتين والأغصان</p> <p>Dr. Fouad LYOUBI</p> <p>Maladies Système Nerveux</p> <p>196, Av. Mers Sultan - CASA</p> <p>Tel : 0522 26.18.00/01</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

26/05/22	421,70	
----------	--------	--

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

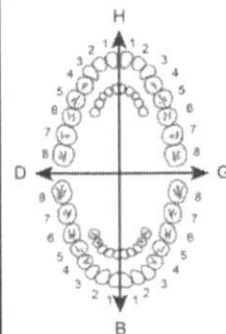
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

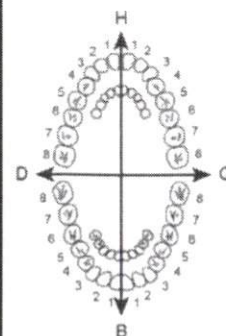
VOLET ADHERENT

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

SOINS DENTAIRES



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
25633412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

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

COEFFICIENT 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 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 والأعصاب من كلية الطب بباريس - فرنسا



طبيب نفسي وشرعي

فحص الدماغ بالتخطيط الإلكتروني

SADIF Saida

Casablanca, le : 26.5.22

Boire 1.5 litres eau dans la journée et arrêter après 21 h
/ ESSAYER DE REPRENDRE SPORT ET ACTIVITE
PHYSIQUE 15-20 MN AU LIT TT LES JOURAU LIT + 45-
60 MN 2-3 X / SEMAINE EN PLEIN AIR OU SALLE

Dormir 7-8 h / nuit EN CONTINU (sinon prendre
médicament)

TA 11.6 FC 63 bpm P 60 kg

252,00 (126,00 x 2)

1/ Cilentrax 20 mg cp / 28 N° 2
1 cp matin x 20 j

وصفة لمدة 80 يوما

Ensuite : 1 cp matin UN JOUR SUR DEUX

98,30
2/ Athymil 30 mg cp N° 1
¼ un quart cp au coucher

71,60 (35,70 x 2)
3/ Alpraz 0.5 mg cp N° 2
½ cp au coucher X 20 j

Ensuite : ¼ cp au coucher x 60 j

421,70
En cas de crise ZEMTA ou insomnie prendre :
½ cp Alpraz 0.5 mg



LOT 213477 1
EXP 03 2024
PPV 35,70 15,70

LOT 210590 1
EXP 03 2024
PPV 35,70 15,70

98,30

GTIN: 16118001300300
Lot No.: PTC1706A
EXP: 03/2023
S.N.: AB031094450187



Handwritten text, likely a signature or date, partially illegible.