

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'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° W21-681466

124609

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 252 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Veuve
 Nom & Prénom : JAGHJOURH 204RA
 Date de naissance : 1941
 Adresse : Yabilin
 Tél. : 0661749545 Total des frais engagés : 350,00 + 899,30 = 1249,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Dr. LYAZIDI Abdelkrim
 Neuro Psychiatre
 83, Bd. 11 Janvier - Casablanca
 Tél. : 05 22 44 36 50
 Date de consultation : 18/12/2022
 Nom et prénom du malade : JAGHJOURH 204RA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Psychiatrie chronique
 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 : 01/07/2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

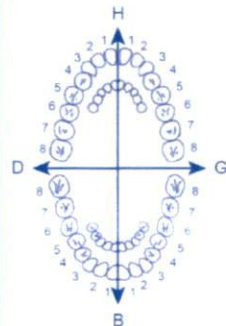
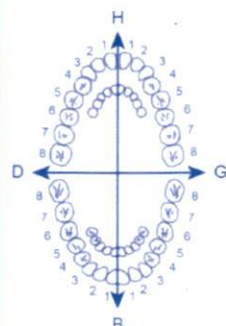
Autorisation CNDP N° : A-4-215/2019

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
18-7-20		3	380	INP : 09109001 LYAZIDI Abdelkrim Neuro Psychiatre 88 Bd. 11 Janvier Casablanca TEL : 05 22 44 36 50

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SOUS-AL Groupe K. Rue 154 n° 23-25 EL Aulifa - Casablanca TEL : 05 22 44 36 50 CE : 000500246000028	18/07/20	899,30

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	

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 canalaire, 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			
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				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

Docteur LYAZIDI Abdelkrim

NEURO - PSYCHIATRE

(Ex. Médecin du C H U Avicenne
de Rabat)

83, Bd. du 11 Janvier - CASABLANCA

(à Côté du Cinéma Colisée)

Tél. & Fax : 0522.44.36.50

Sur Rendez-Vous

الدكتور اليزيدي عبد الكريم

طبيب نفساني

اختصاصي في الأمراض النفسية

والعصبية وأمراض الرأس

(طبيب سابقاً بالمركز الصحي

الجامعي ابن سينا بالرباط)

83، شارع 11 يناير الدار البيضاء

(بجانب سينما كوليزي)

الهاتف والفاكس : 0522.44.36.50

بالميعاد

Casablanca, le 18-7-2022 في الدار البيضاء

52966

٧ - JAGH JOUGH ZOHKA

204,00 x 3

1 - AL per se dw

18,40 x 12

2 - Tranxem 5

13,30 x 5

1 - Arzam 5

T = 899,30

Durée de Traitement

06 ans

Dr. LYAZIDI Abdelkrim
Neuro Psychiatre
83, Bd. 11 Janvier - Casablanca
Tél. : 05 22 44 36 50

A Revoir le

06 ans

PHARMACIE SOUELANE
Groupe K, Rue 154 N° 23/25
EL Oulfa - Casablanca
Tél. : 05 22 89 09 63
I.C.E : 000500246000026

LOT : 22E004V
PER : 03 2025

ARTANE 5MG
CP B20
P.P.V : 13DH30



LOT : 22E004V
PER : 03 2025

ARTANE 5MG
CP B20
P.P.V : 13DH30



LOT : 22E004V
PER : 03 2025

ARTANE 5MG
CP B20
P.P.V : 13DH30



LOT : 22E004V
PER : 03 2025

ARTANE 5MG
CP B20
P.P.V : 13DH30



LOT : 22E004V
PER : 03 2025

ARTANE 5MG
CP B20
P.P.V : 13DH30



18,40

18,40

18,40

18,40

18,40

18,40

18,40

18,40

18,40

204,00

P.P.V 13DH30
LOT 21E002
PER 09/24

18,40

P.P.V 13DH30
LOT 21E002
PER 09/24

18,40

204,00

204,00