

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 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° W21-796241

167358

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 828 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NADIR RKIA

Date de naissance : 1948

Adresse : 1595 Massira 1 Temara

Tél. : 0697955570 Total des frais engagés : 2601,8 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. LYOUSSI Mouna
NEUROLOGUE
2, Imm. 209, Av. Moulay Ali Cherif
Cité Massira 1-Temara
GSM: 06 68 95 50 54 - Fixe: 05 37 62 96 90

Date de consultation : 03/07/2023

Nom et prénom du malade : NADIR RKIA Age :

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

Nature de la maladie : SD degen + Traumaie

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 : Temara Le : 04/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/07/23	2 301.80

[illegible]

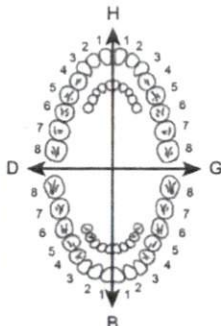
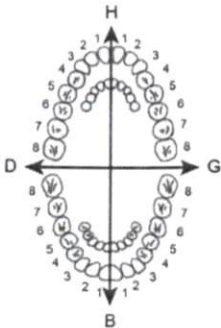
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'O.D.F.

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																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. LYOUSSI MOUNA

Neurologue - Epileptologue
(Adulte et Enfant)

Maladies du cerveau - Moelle épinière - Système nerveux
Périphérique et Muscles

Explorations neurophysiologiques: EEG - Video EEG - ENMG



الدكتورة اليوسي منى

اختصاصية في الجهاز العصبي ومرض الصرع
(الكبار والصغار)

امراض الدماغ الأعصاب النخاع الشوكي والعضلات
التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)
التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

تمارة في: 03 10 71 96 23

NADIS RKIA

113,30 x3

1- Dépokine chrono 500mg

1 tps le soir pdt 00m

41,50 x3

2- Imovan 75g

180,00 x3

1/2 tps le soir pdt 00m

3- Flusacet 20g

1/2 tps le soir pdt 00m

27,70 x3

4- Cardioaspirin 100g

142,70 x3

5- Gueryl 10g

1 tps le soir pdt 00m

97,60 x3

6- NocPrax

1 tps le soir pdt 00m

LOT 230240
EXP 12 2025
PPV 180.00

LOT 230240 1
EXP 12 2025
PPV 180.00

LOT 223973 1
EXP 11 2025
PPV 180.00

97,60

97,60

97,60

عمارة 209 - رقم 2 شارع مولاي علي الشريف - المسيرة 1 - تمارة

Imm. 209, Appt N°2, Avenue Moulay Ali Chérif, Cité Massira I - TEMARA

E-mail: dr.lyoussi@gmail.com - Tél: 05 37 62 96 90

41- Aulcer cardyl bag

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC B50
P.P.V : 41DH80
LOT : 22E009
PER : 10/2025

41.8 x2

11 u cp x 31j palt 03

34.6 x3

41- Loxix bag

102.00 x3

4cpj bagin palt 03

41- Aulcer 20mg

4cpj bagin palt 03

Dr. LYOUSSEI Mouna
NEUROLOGUE
2, Imq. 209, Av. Mokhtar Ali Cherif
Cité Massira I-lemard
SM: 06 66 95 50 54-Fixe: 05 37 62

PHARMACIE BAHIA
170, Av. Idriss El-Fassi
202013893

41,80

Inovane 7,5 mg
Comprimés pelliculés
écabales

6 118000 012368

Cardiosprine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
DEPAKINE CHRONO 500 MG
CP PEL B30
P.P.V : 113,30 DH

6 118001 081073

20 mg
Gélules

6 118001 220038

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
DEPAKINE CHRONO 500 MG
CP PEL B30
P.P.V : 113,30 DH

6 118001 081073

22183
PER: 03/2025
PPV: 102,00 DH

AULCER' 20 mg
28 Gélules

6 118001 220038

LOT: 22199
PER: 05/2025
PPV: 102,00 DH

LASILUX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60

6 118000 060468

LOT : 22E015
PER : 09/2026

142,30

142,30

LASILUX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60

6 118000 060468

LOT : 22E015
PER : 09/2026

LASILUX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60

6 118000 060468

LOT : 22E015
PER : 09/2026