

# 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

M22- 0047879

182534

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1323 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : AHMED ALI  
 Date de naissance : 19/04/1964  
 Adresse : 49, AZROUJ SEPRANA ALKCH  
 Tél : 06 68 76 19 30 Total des frais engagés : 513,90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 08/03/2013  
 Nom et prénom du malade : M. AHMED ALI Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : AVC  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☒ ALC Pathologie : AVC  
 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 : TRAR DCS 93 Le : 08/03/2013  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-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
08/09/23	CS		300 Dh	<b>Dr. LYOUSSI Mouna</b> <b>NEUROLOGUE</b> 21mm-209, Av. Moutay Alf Cherif Cité Massira I-Témara GSM: 06 68 95 50 54-Fixe: 05 17 62 96 00

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE HADELLA</b> Dr. Yasmine EL MANJRA Pharmacienne Cité Habbous - Rabat Tél: 05 37 65 14 66 <b>102 040 672</b>	08/09/23	213.90

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

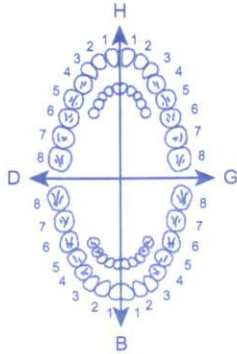
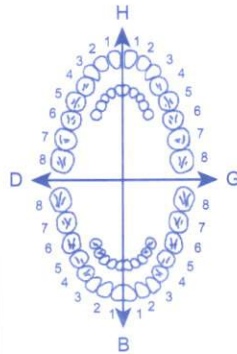
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		

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 موني**

اختصاصية في الجهاز العصبي ومرض الصرع  
(الكبار والصغار)

أمراض الدماغ الأعصاب النخاع الشوكي والعضلات

التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

Témara le: 08/9/2013 تمارة في

N° AIT nous Ali

41- Tanoken

1 cp x 2 jn

71.30 x 3

213.90

Alt 03 mois

**PHARMACIE MABELLA**  
Dr. Yasmine EL MANJRA  
Pharmacienne  
Cité Mabella - Rabat  
Tél.: 05 37 65 14 68

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

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

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

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

MAN 3/10



**tanakan<sup>®</sup> 40mg**

EXTRAIT DE GINKGO BILOBA

 **IPSEN**

30 COMPRIMÉS ENRO



MAN 30



٢١٧٤  
٥٤٣٠

Ce médicament est indiqué dans le traitement symptomatique de certains troubles cognitifs du sujet âgé (en particulier troubles de la mémoire) à l'exception de tout type de démence confirmée, de troubles secondaires à des médicaments, à une dépression ou à des troubles métaboliques.

يوصف هذا الدواء في علاج أعراض بعض الاضطرابات الإدراكية لدى الأشخاص المسنين (خاصة اضطرابات الذاكرة)، باستثناء أي نوع من العته المؤكد، اضطرابات ثانوية ناتجة عن الأدوية، الاكتئاب أو اضطرابات أيضية.

**IPSEN**  
**Consumer HealthCare**  
**maphar**

Boulevard ALKIMIA N°6 QI-Sidi Bernoussi,  
Casablanca.

**tanakan 40 mg** ☒

**30 COMPRIMÉS ENROBÉS**

6 118000 011545

2-18/84 2



**tanakan<sup>®</sup> 40mg**

EXTRAIT DE GINKGO BILOBA

 **IPSEN**

30 COMPRIMÉS ENROBÉS