

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des données à caractère personnel.

RAS : Centre Aliat Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue All. v. mupras
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

16492

Déclaration de Maladie : N° P19-0017764

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3565 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : DADISSI Soufiane Date de naissance :
 Adresse : 168 Lot ELFATH Rue So Sidi MAAROUF CASAB
 Tél. : 0667123422 Total des frais engagés : 1437,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

دكتور فؤاد الیوبی
أمراض الرأس والأعصاب
Dr. Fouad LYUBI
Maladies Système Nerveux
196, Av. Mers Sultan - CASA
022.26.18.00.01

Date de consultation : 01/10/2019
 Nom et prénom du malade : DADISSI Soufiane Age : 32 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : NPSY (Psychose infantile +
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Deficit psycho moteur
 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) :

ACCUEIL

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
01/10/19	cnpsy	1	500,-	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

01/10/19

1437,60

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

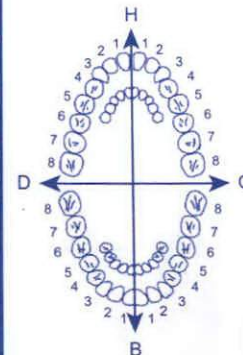
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	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

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISÉ ET ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Fouad

Spécialiste Diplôme 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

طبيب اختصاصي حائز على دبلوم أمراض
الرأس و الأعصاب من كلية الطب بمورسيلية - فرنسا

طبيب نفسياني و شرعي

فحص الدماغ بالتخطيط الإلكتروني

DADISSI Soufiane

Casablanca, le 01.10.2019

288,90 x4

1/ Prisdal 2 mg cp
1 cp soir

35,70 x8

2/ Alpraz 1 mg cp
1 cp au coucher

En cas d'INSOMNIE : prendre 1 cp Alpraz 1 mg

En cas de besoin (agitation) , donner:

1 cp Prisdal 2 mg

+

1 cp Alpraz 1 mg

1437,60

دكتور فؤاد اليوبي
Dr. Fouad LYOUBI
Maladies Systeme Nerveux
196, Av. Mers Sultan - CASA
Tél: 05 22 26 18 00 / 01

دكتور فؤاد اليوبي
Dr. Fouad LYOUBI
Maladies Systeme Nerveux
196, Av. Mers Sultan - CASA
Tél: 05 22 26 18 00 / 01

196, شارع مرس السلطان - إقامة الخنساء - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 26 18 00 / 01

196, Av. Mers Sultan - Résidence Khansaa - Casablanca - Tél.: 05 22 26 18 00 / 01

LOT 148473 1
100 03 1000
100 03 1000

35.70



LOT 148473 1
100 03 1000
100 03 1000

35.70



LOT 148473 1
100 000 000
100 000 000

3570



LOT 148473 1
100 000 000
100 000 000

3570



LOT 148473 1
100 000 000
100 000 000

3570



LOT 148473 1
100 000 000
100 000 000

3570



LOT 148473 1
100 000 000
100 000 000

3570



LOT 148473 1
100 000 000
100 000 000

3570

