

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° W19-425663

ND=18623

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 230 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Merzouki Drissi Abdelhafid

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 0537610175 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. EL ALAOUI TAOUSSI K.
Neurologue
Av. Hassan II, Résidence Mamounia
Entrée A - N°25 - Rebat
Tél : 05 37 66 06 07 - L.N.P.E.: 101166304

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30 / 12 / 2019

Nom et prénom du malade : MERZOUKI DRISSI Abdelhafid Age :

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

Nature de la maladie : Syndrome

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.

29 JAN 2020

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) :

[illegible]

attestant le Paiement des Actes

Dr. EL ALAOUI TAO
Neurologie
Av. Hassan II, Résidence El Mounia
Entrée A - N°25 - Raïss
Tél.: 05.37.66.06.07 - I.N.P.E.: 101166304

[illegible]

PHARMACIE ABJ HODRAIRA
الدكتور عبد الحليم
شارع القاهرة - تيار
الهاتف : 05 37 84 14 58
INPE : 102 062 601

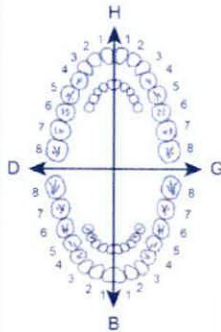
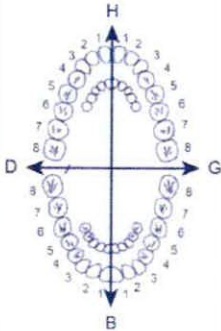
[illegible][illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin: 10px auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP :

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

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTIONCOEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533413

12 | 21433552

D

D _____

35533411

11 11433553

B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. EL ALAOUÏ TAOUSSI

Lalla Kaoutar

Neurologue

Diplômée de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Rabat

Vidéo-Electroencéphalogramme "Vidéo-EEG"
Electroneuromyogramme "EMG"

الدكتورة العلوي الطوسي
لالة كوثر

أخصائية أمراض الجهاز العصبي

خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط

التخطيط الكهربائي للدماغ

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

109 290 601
05 37 66 06 07
Rabat, le 30/12/2019

30/12/2019

الرباط، في

Mr. MERZOUKI

IDRISSI

Dr. EL ALAOUÏ TAOUSSI K.
Neurologue
Av. Hassan II, Résidence Marmounia
Entrée A - N°25 - Rabat
Tél : 05.37.66.06.07 - Ligne : 10106304

Dr. Abdel Phafid

3x3570

1) Kardégic 160 sach = 1 sachet/j & matin pdt 3mois

3x17600

2) Gilentre 10mg cp = 1 cp/j & matin pdt 3mois

2x50600

3) Dopesil 10mg cp = 2 cp/j & soir pdt 3mois

3x77600

4) Serboquel 100 cp = 1 - 0 - 1 pdt 3mois

140000 + 99000

5) Oedes 20mg gel = 1 gel/j & soir pdt 3mois

3x65300

6) Tritazide 10/12,5 cp = 1 cp/j & matin pdt 3mois

5x113300

7) Depakine chrono 500 cp

1/2 1 pdt 3mois

330500

Dr. EL ALAOUÏ TAOUSSI K.
Neurologue
Av. Hassan II, Résidence Marmounia
Entrée A - N°25 - Rabat
Tél : 05.37.66.06.07 - Ligne : 10106304

Av. Hassan II, Résidence Marmounia, Entrée A - N°25 - Rabat - الرباط - شقة 25،

4^{ème} Etage (Ascenseur) face à la station Tramway-Médina - الطبقة الرابع (المصعد) أمام محطة ترام المدينة

Tél. : 05.37.66.06.07 : الهاتف - Email : elalaoui.t.k@gmail.com : بريديكتروني

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70

P.P.V : 35DH70

P.P.V : 35DH70



PPV: 126 DH 00

PPV: 126 DH 00

PPV: 126 DH 00

PPV: 506 DH 00

PPV: 506 DH 00

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca

SEROQUEL

100mg Cprnt

Boite de 60

26916 DMP/21NSF P.P.V: 276,00 DH



SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca

SEROQUEL

100mg Cprnt

Boite de 60

26916 DMP/21NSF P.P.V: 276,00 DH



SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca

SEROQUEL

100mg Cprnt

Boite de 60

26916 DMP/21NSF P.P.V: 276,00 DH



LOT: 181764

PER: 08-21

PPV: 140,00DH

LOT 181038

EXP 02/2021

PPV 99.00DH

63,30

63,30

63,30

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



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



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



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



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

