

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° W19-414188

ND: 39467

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7571 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BAKASSE EL HASSAN
 Date de naissance : 13.7.1956
 Adresse : cite 8 police villons 4 polo
 Tél : 05 59 15 87 11 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Mounir FZOUZI
NEUROLOGUE
EEG - EMG
أخصائي أمراض الدماغ والجهاز العصبي
Rue Soumia, Rue Gallien - Q. des Hôpitaux
Casablanca - Tél: 0522 48 33 61

Date de consultation : 09/09/2020

Nom et prénom du malade : AGHOVYAI Khadija Age :

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

Nature de la maladie : Maladie de Parkinson

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 : Casablanca Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
09/09/20	C.S.		300,00	INP : 6010629 Docteur Mounir EZZOUB NEUROLOGUE E.E.G. - E.M.G. أخصائي أمراض الجهاز العصبي 3, rue Sidi Bou Gallien - Q. des Hôpitaux Casablanca - Tél: 0722 48 53 61

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES BOUHLAL Dr. S. BOUSFIHA BOUHLAL 492, Bis Bd. Panoramique Montreuil - Tél: 0524 477 580	09/09/20	4072,70

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 :

Veillez 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 : 6010629
Cardioaspirine 100 mg/30cps Acide acétylsalicylique P.P.V. : 27,70 DH Bayer S.A.				
SIFROL 2,1 mg (Pramipexole) Comprimé à libération prolongée Boîte de 30 BOTTU S.A. PPV : 951 DH 00				
SIFROL 2,1 mg (Pramipexole) Comprimé à libération prolongée Boîte de 30 BOTTU S.A. PPV : 951 DH 00				
MADOPAR 200/50-100 comprimés P.P.V. : 298,00 DH				
MADOPAR 200/50-100 comprimés P.P.V. : 298,00 DH				
MADOPAR 200/50-100 comprimés P.P.V. : 298,00 DH				

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION MASTIC

25533412 00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 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

Docteur Mounir EZZOUBI

Neurologue

Electroencéphalogramme (EEG)

Electromyogramme (EMG)

Diplômé de l'Université Libre de Bruxelles

Ancien Chef de Clinique aux Hôpitaux de Lille

Ancien Interne au CHU de Dijon

الدكتور منير الزويبي

أخصائي في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)

التخطيط الكهربائي للعضلات والأعصاب

خريج كلية الطب بباروكسيل

طبيب سابق

بمستشفيات فرنسا

Casablanca, le : 09.09.2020

Mme AGHOUYAI Khadija

2983 x4

1 MADOPAR 250 MG

3 x 1

1 comprimé le matin, à 10h, à midi, à 16h et le soir, avant le repas, pendant 3 mois.

2 SIFROL 2,1 mg cp LP : Plq/30

1 comprimé le matin, au cours du repas, pendant 3 mois.

3 NO DEP 50 MG

2 x 1

1 comprimé le matin, au cours du repas, pendant 3 mois.

4 CARDIOASPIRINE

1 comprimé à midi, au cours du repas, pendant 3 mois.

4072, 70

Docteur Mounir EZZOUBI

الدكتور منير الزويبي
Docteur Mounir EZZOUBI
NEUROLOGUE
EEG - EMG
أخصائي أمراض الدماغ والجهاز العصبي
5, Rue Soumia, Rue Gallien - Q. des Hôpitaux
Casag - Tél: 0522 48 53 61