

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-586605

55995

SA



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

### Maladie

### Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12963 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ZOUHIR

oujda

Date de naissance :

02.11.1989

Adresse :

Avenue Makdad Lahrazi Résidence Elboustane 8

Imm. 15, App. 2

Casablanca

Tél. : 0671075715

Total des frais engagés :

600,00

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

15/12/2021

Nom et prénom du malade :

ZOUHIR

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection gynécologique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

14 JAN 2021

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

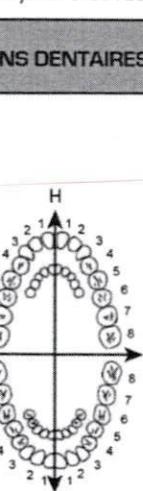
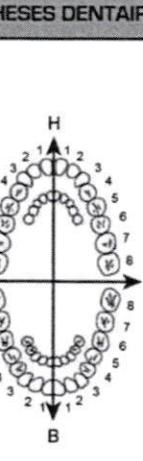
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 14/12/2020

RELEVE 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
AN 12/2020 - 15			3000 DH	INP : 191131300 
AN 12/2020 - 15	consultation obstétricale	3000 DH	3000 DH	Dr. LAYACHI Faculté Gynécologue Obstétricienne

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																																	
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																																	
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																												INP : <input type="text"/>	
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																													
COEFFICIENT DES TRAVAUX																																	
MONTANTS DES SOINS																																	
DEBUT D'EXECUTION																																	
FIN D'EXECUTION																																	
	<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>																																
	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553																			
	H	G																															
	25533412	21433552																															
	00000000	00000000																															
	D	B																															
	00000000	00000000																															
	35533411	11433553																															
	COEFFICIENT DES TRAVAUX																																
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																																	

**Dr. Layachi - Tahiri Faouzia**

**Gynécologie - Obstétrique**

73, Abdellah Ibnou Nafii - Maârif

Tél.: 05 22 25 56 94 / 05 22 98 66 11

Gsm: 06 28 56 92 59

Casablanca

Casablanca, Le :

11/11/2020

**RECU**

Je soussignée certifie avoir reçu la somme

de six cent (600dh) dirhams de Mme ZOUHIR OUIJDANE pour

une consultation spécialisée (300dh) +

une échographie pelvienne (300dh).



DR. LAYACHI TAHIRI FAOUZIA  
Gynécologie – Obstétrique  
73 , Abdellah Ibnou Nafii Maarif

Nom : ZOUHIR OUIJDANE  
Née le :

Date : 14/12/2020

DR : 22/10/2020

TT : 7SA

Indication : Datation

---

Utérus gravide

Echostructure :

Présence d'un sac gestationnel tonique situé dans le fond utérin, arrondie

La couronne trophoblastique est normale.

L'embryon vu, CRL = 12 mm.

L'activité cardiaque vue, les battements cardiaques = 165 b/mn.

la vésicule ombilicale est visible

### **Conclusion**

**Grossesse intra utérine évolutive de 7 SA+ 3 j.**

