

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Diagnostique 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



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 0040792 / 0063701

ND: 81518

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0063701 Société : MEUVE

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BARBARA HABIBA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0675734955 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. LYAZIDI Abdelkrim
Neuro Psychiatre
83 Bd. 11 Janvier - Casablanca
08 22 44 36 50

Date de consultation : 12/01/2021

Nom et prénom du malade : BARBARA HABIBA et son mari Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : ACCIDENT

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
12/08/2021		3	386,48	Dr. LYAZIDI ROUAHIA Neuro Psychiatre 83, Bd. 11 Janvier - Casablanca Tel : 05.22.44.36.50

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourmeuseur

Date

Montant de la Facture

17/08/2021

486,30

PHARMACIE MODERNE
Lot 1 Unité 5 Oulad Azouz
Casablanca - Tel : 05 22 65 85 08

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

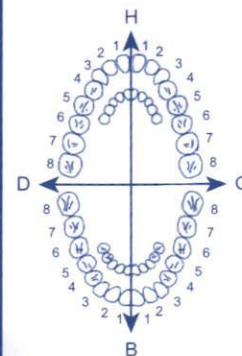
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

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 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

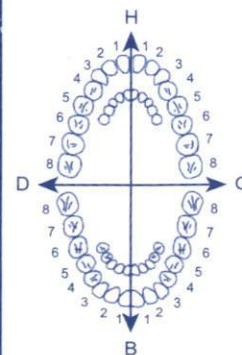
COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET

LOT: 0083
EXP: FEV 2026
PPV: 51,30 DH

LOT: 0084
EXP: FEV 2026
PPV: 51,30 DH

في عبد الكريم

ساتي

اض النفسية

ض الرأس

مركز الصحي

سينا بالرباط

83, شارع 11 يناير الدار البيضاء

(بجانب سينما كوليزي)

0522.44 36 50

LOT: 0083
EXP: FEV 2026
PPV: 51,30 DH

LOT: 0083
EXP: FEV 2026
PPV: 51,30 DH

11 Janvier - CASABLANCA

Colisée)

4.36.50

Vous

asablanca, le 17-8-2021 الدار البيضاء في

595 / e Bri HABIDA
ENOVSKI' SALAH

$$\frac{51,30 \times 6 =}{307,80}$$

$$\frac{59,50 \times 3 =}{178,50}$$

Tppl: 486,30

PHARMACIE MOULAY AHMED
Lot. 1 Unite 6 Oulad Azouz
Casablanca - Tel: 05 22 65 86 08

Dr. LYAZIDI Abd
Neuro Psychi

83, Bd. 11 Janvier -
Tel: 05 22 65 86 08

Durée de Traitement

03 m

A Revoir le...

LOT: 0083
EXP: FEV 2026
PPV: 51,30 DH

LOT: 0083
EXP: FEV 2026
PPV: 51,30 DH