

COMMANDEMENTS IMPORTANTS A LIRE POUR **LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS**

Généralités :

Le réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
 Le 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.
 Une autorisation préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, interventions 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.

Biologie 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.



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° M21- 0021639

83065

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1545 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENYASS ABDELHAFID
 Date de naissance : 08/03/54
 Adresse : LOT 125 TRANCHE D IMADINA I TADIM
 SIDI OTMANE CASABLANCA
 Tél. 0662189350 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

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
27-09-21	C			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

Laboratoire Al Ma
Laboratoire Al Madina
C. Analyse Médicale
30, Bd 21
Tél: 01 71 51 62
Dr. H. DAHREDDINE

27.09.21

B500

540,00 DH

INPE: 093063980

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 :

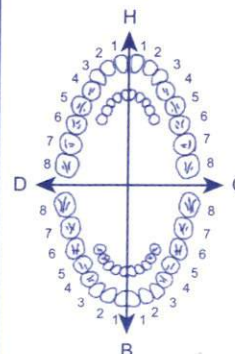
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que l

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

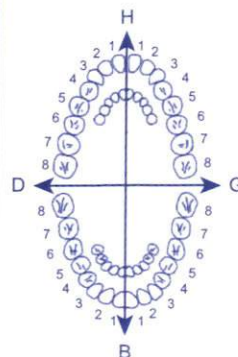
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE DU BELVEDERE

150, Boulevard BAHMAD - CASABLANCA
Tél. : 0522 40.40.40 (3 lignes groupées)
Fax : 0522 40.40.10
E-mail : massahat.belvedere150@gmail.com



مصحة بلقدير

150, شارع باحماد - الدار البيضاء
الهاتف : 0522 40.40.40 (3 خطوط مشتركة)
الفاكس : 0522 40.40.10
البريد الإلكتروني : massahat.belvedere150@gmail.com

Casablanca, le 22/07/11

M. BEN YASSI - ABDELHAFID

1/22

2

3

4

Dr. Mohamed Amine HADJOUN
30, Bd Abdelkader Sahraoui Casablanca
Tél: 0522 12 06 42 GSM: 06 60 71 51 82
Casablanca Tél: 05 22 01 01 10

Laboratoire Al Madina
d'Analyses Médicales

30, Bd Abdelkader Sahraoui Casablanca
Tél: 0522 12 06 42 GSM: 06 60 71 51 82
Dr. H. DAHREDDINE

LABORATOIRE AL MADINA D'ANALYSES MEDICALES

مختبر المدينة للتحاليل الطبية

Dr. Hajar DAHREDDINE

- Spécialiste en Analyses Médicales
- Doctorat en pharmacie
- DES biologie clinique
- DU assurance qualité



د. هاجر ظهر الدين

- أخصائية في التحاليل الطبية
- دكتورة في الصيدلة
- دبلوم علم الأحياء السريرية
- دبلوم الجودة في التحاليل الطبية

Facture

N° facture 21-0532

N° Dossier : 210827-017

Date 27/08/2021

INPE:093063980

ICE:002740078000085

Mr BENYASS Abdelhafid

Code Acte	Designation Acte	Cotation
VITD	25-OH Vitamine D (D2 + D3)	400
CRP	C Réactive Protéine (CRP)	100
	Déplacement	

Total en B 500,00

Total en dirhams 540,00

Laboratoire Al Madina
d'Analyses Médicales
30, Bd Abdelkader Sahraoui Casablanca
Tél : 06 40 71 51 82
D. DAHREDDINE

Arrêtée la présente facture à la somme de : Cinq cent quarante dirhams***