

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 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

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° P19- 0042386

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7818 Société : 95762

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAHLOU NABIL AHMED

Date de naissance : 09.11.1968

Adresse : Residence BIR ADJUS n° 8,3

ROUTE TERKA CASAB

Tél : 066147246 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr BELEFQIH Raouf
Directeur Médical
Thermes de Moulay Yacoub
SOTHERMY - B.P 120 FES
MOU YACOUB

Date de consultation : 27/11/2021

Nom et prénom du malade : LAHLOU NABIL Ahmed Age : 53

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

Nature de la maladie : Diabète sucré (Type 2)

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 : CASAB Le : 07/12/2021

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
07/12/2021	3		150 RF	
07.12.21	5		120 RF	

Thermo-Mécanique
Moulay Yacoub
B.P. 120 FES
YACOUB

EXCLUSION DES ORDONNANCES

Montant de la Facture

[illegible]

Date _____

Montant
des Honoraires[illegible]

Date des Soins

Nombre

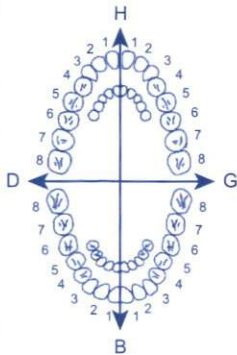
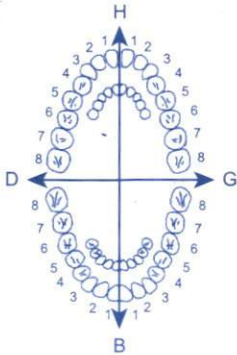
Montant détaillé des Honoraires

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 le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>																																														
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>																																														
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>																																														
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>																																														
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>																																														
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> H </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> H </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> B </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;"> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </td> <td rowspan="2" style="vertical-align: top;"> MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="height: 20px;"></td> <td rowspan="2" style="vertical-align: top;"> DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="height: 20px;"></td> <td rowspan="2" style="vertical-align: top;"> DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="height: 20px;"></td> </tr> </table>				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> H </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> H </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> B </div>				[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>									DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>									DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>											
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> H </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> H </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div>																																															
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div>																																															
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> B </div>																																																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>																																													
					DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>																																													
					DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>																																													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :

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

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des Soins

Coefficient

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

2553341

21433552

D

	0000000000

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

Mr LAHLOU Nabil Ahmed

Facture 76031 du 07/12/2021

Séjour du 07/12/2021 au 23/04/2049

Pour : Mr LAHLOU Nabil Ahmed

74604

Réf.	Produits & prestations	Qté	PU	Total TTC
6ORL CM	6 Jours ORL Consultation Médicale	1 1	1 200.00 150.00	1 200.00 150.00



Dr. Raouf BELEFQIH
Directeur Médical
VICHY THERMALIA
Moulay Yacoub

Taux	Montant HT	Montant TVA	Montant TTC	TOTAL TTC	
10.00	1 227.27	122.73	1 350.00	1 350.00	D
				DEJA VERSE	1 350.00 D
				A PAYER	0.00 D

Compagnie Thermo Médicale de My Yacoub 07/12/2021 15:41
Station thermale de Moulay Yacoub
BP 2426 Fès Principale - 36150 Moulay Yacoub
COTHERMY S.A au capital de 115 000 000 Dirhams, RC 48507
Fès - Patente 15110001 - IF 15302617 - ICE 000249361000023

Règlement par Espèces 1350.00

11 DEC. 2021

Dr. Raouf BELEFQIH
Directeur Médical
VICHY THERMALIA
Spa Hôtel
MOULAY YACOUB

Compte rendu de l'examen
de M. Lahlou Nabil Ahmed, 13 ans.

Motif de l'ex : Lys fontivement Archaïs l'usage.

AN : plusieurs l'ex 5 NY Yacoub qui ont été mis en d
séquençage important de l'examen

Exy avant l'ex du 07 Décembre 2021.

- AN: normal, propo
- propo + ploy - normal - propo
- DO 05 OK Diagnostic by 5 Yis

no p'm opé (ASL)

M. Lahlou Nabil Ahmed, 13 ans, l'examen de l'examen
5 NY Yacoub, l'examen l'examen
l'examen 5 Yis l'examen l'examen

(Signature)

Dr. BELEFQIH Raouf
Directeur Médical
Thermes de Moulay Yacoub
B.P. 120 FES
MY YACOUB