

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

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

Déclaration de Maladie

M22- 0053945

Optique *141444* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : *AZ 12 6064* Société : *DAN*

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *AZIZ ABDELAZIZ*

Date de naissance : *15-01-1959*

Adresse : *7, Lt du Parc, Rond yasmine*

Tél. : *0661 601229* Total des frais engagés : *456,70 + 100* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr.BERDAI Fouad
OMNIPRATICIEN
686,Bd EL Fida Hay Amal 1
Casablanca
Tel/Fax : 05 22 28 66 73

Cachet du médecin :

Date de consultation : *07/12/22*

Nom et prénom du malade : *AZIZ Alalla 813* Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Pneumopathie

□ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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) :



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
07/12/2021	C		150,-	Dr.BERKATI Fouad OMNIPRATICIEN 686 Bd EL Fida Hay Amaï Casablanca 05 22 28 66 13

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

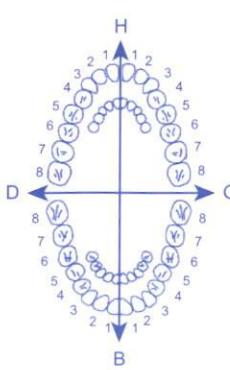
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[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 HADJFOUAD BERDAI

EXPERT ASSERMENTÉ
PRES LES TRIBUNAUX

OMNIPRATICIEN

MEMBRE DE LA COMPAGNIE
DES EXPERTS ASSERMENTÉS

686, Bd EL Fida - Hay Amal 1
Tél / Fax : 05 22 28 66 13
Casablanca 20550

الدكتور الحاج فؤاد البرهعي

خبير ملحق لدى المحاكم

: صفات

ء المخلفين

حي الأمل 1

تلفاكس : 05 22 28 66 13

الدار البيضاء 20550

الدار البيضاء، في:

Casablanca, le :

07.01.2022

21st EUPHON

(S.V)

100g x 3b

PPV:

EXP:

Lot N°:

43,80

22nd Daren

(S.V)

2b

7 16

18v

Lot n° :

EXP :

PPV

2019

20th IOM 5mg

(S.V)

23rd mix 100g au co

Agx 500

(S.V)

(S.V)

PPV 79DH70
PER 06/25
LOT L2208

PPV 79DH70
PER 06/25
LOT L2208

40th Ruam 20

3cplg

Dr.BEF
OMN
686,Bd El
C
Tél/Fax

LOT N°:

UT. AV:

PPV (DH):

PPV 40,00

Apxol Spray (S.V)

89,5

2 R 361)

Dr.BERDAI Fouad
OMNIPRATICIEN
686,Bd EL Fida Hay Amal 1
Casablanca
Tél/Fax : 05 22 28 66 13

Lunette

69,5

Docimax

(S.V)

1 COT De Spray

Dr.BERDAI Fouad
OMNIPRATICIEN
686,Bd EL Fida Hay Amal 1
Casablanca
Tél/Fax : 05 22 28 66 13

8 032578 479676

LOT : 220597
DUO : 2025/07
PPC : 89,50 DH

ut 6,2

LOT : 220470
DUO : 06/2025
69,00DH

