

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **11054**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **HABIB ALLAH YEHIA**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **30/1/2016**

Nom et prénom du malade : **Habib Allah Yehia** Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Alzheimer**



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
30/01/2013	CS		Général familial	Dr. EL AQAIFI ABDERRAHMANE CHIRURGIEN

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NAGUIB Dr Naguib Nadia 334 Bd Ouled Daoura Oulfa - Casablanca Tél : 05 20 00 25 95	30-01-23	978,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

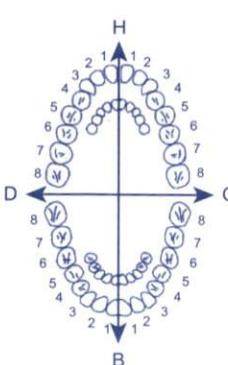
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000



(Création, remont, adjonction)

7 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
G																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة الجهاز العصبي
NEUROCLINI

PPU 24DH60

EXP 03/2025
LOT 22033 1

Casablanca, le 30/01/2023

Docteur :

н° HABIB АСАХ ЕНІВЛЕНО!

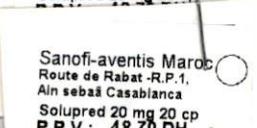
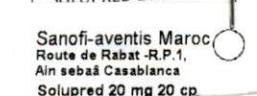
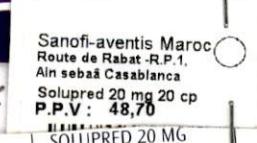
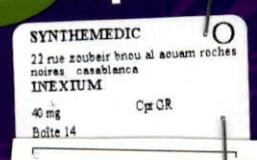
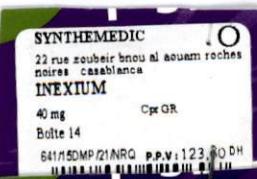
Solu PREO 2334, b-200 Sulfa 2g (Cor e g) 05/05/2005

39 le-ek-pelt toimoi

681,80 Soma PRO 2334,600
2805 2000 Cor équivalent
39 le - si pH tous mois
247,20 INEXIUM 400 1123,600
1-0-0 peult 30 fm.

49,20 Potassium syrup (24,60 x
978,20 1 cu cupe la vînă pîltisoară

PHARMACIE NAGUIB
Dr Naguib Nadia
334, Bd Oued Bouira
Oulad Casablanca
Tél : 05 20 00 25 95



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebââ Casablanca
Solupred 20 mg 20 cp
P.P.V : 48,70 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebââ Casablanca
Solupred 20 mg 20 cp
P.P.V : 48,70 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebââ Casablanca
Solupred 20 mg 20 cp
P.P.V : 48,70 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebââ Casablanca
Solupred 20 mg 20 cp
P.P.V : 48,70 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebââ Casablanca
Solupred 20 mg 20 cp
P.P.V : 48,70 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebââ Casablanca
Solupred 20 mg 20 cp
P.P.V : 48,70 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebââ Casablanca
Solupred 20 mg 20 cp
P.P.V : 48,70 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebââ Casablanca
Solupred 20 mg 20 cp
P.P.V : 48,70 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebââ Casablanca
Solupred 20 mg 20 cp
P.P.V : 48,70 DH

PPV 24DH60 EXP 06/2025
LOT 22033 5