

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 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.

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 : 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° W21-800629

172279

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0008392 Société : ER RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : ELMDAGHAR Najat
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : 0664009732 Total des frais engagés : 346,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age : 196

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

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
29 MAI 2023	Couf	30,00		INP : 061011953 Dr. Youssef MOH Psychiatre - Psychothérapeute 5, Bd Mohamed Lotfi Youssr 1 er Etage 26100 - Barrechid 522 63 88 11 Gsm 0662 47 15 92

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/05/23	340,90

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				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
L'ordonnance doit préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.				
Important : Ne pas oublier les radiographies en coupe, les radiographies panoramiques, les radiographies de face, de profil.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANT DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []
Q.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
			COEFFICIENT DES TRAVAUX []	
	[Creation, remont, adjonction] Fonctionnel, thérapeutique, esthétique, à la profession.		MONTANT 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	

Docteur Youssef MOHI

Psychiatre-Psychothérapeute

Ex-Directeur de l'Hôpital Psychiatrique de Berrechid

Consultation sur rendez-vous

L.N.P.: 061 01 19 53



061 01 19 53

LOT 230360
EXP 02/2026
PPV 98.30DH



LOT 230360
EXP 02/2026
PPV 98.30DH

الدكتور يوسف

أخصائي في الطب النفسي

TEMESTA 1MG
CP SEC 850

P.P.V.: 23DH00



6 118006 011569

ORDONNANCE

Nom:

22 DABHRI Nejib

le: 29 MAI 2023 / / 20.....

98,30³ Athyemil Li

N°3
04/000
13/06/23

2400x2 Temesta 1MG

2-1
041000
13.06.23

340,90
My: (03) 7715 Pin

TEMESTA 1MG
CP SEC 850

P.P.V.: 23DH00



6 118006 011569

Dr. Youssef MOHI
Psychiatre - Psychothérapeute
Bd Mohamed V Lot A Yousr 1
Etage 26100 - Berrechid
T. 0522 33 66 11 Gsm 0662 47 15 92

2024/08/2023 9 14/00

15 Bd Mohamed V Lot Yousr, 1er étage
26120 Berrechid - à coté de la CNSS

15 شارع محمد الخامس تجزئة اليسر الطابق 1
26120 برشيد - قرب الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي

+212 (0) 5 22 33 66 11 • +212 (0) 6 62 47 15 92 • cabinetdrmohe@gmail.com