

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-769716

136749



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

293

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Société

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : AZIZ ALLAL

Date de naissance : 1939

Adresse : N° 56 Rue 28 K elle Hay ARRANIA casa

Tél. :

Total des frais engagés

8183,10

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : HAKIM

Date de consultation : 11/11/2022

Nom et prénom du malade : AZIZ ALLAL

Age:

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie : HTA

Enfant

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 : casa

Signature de l'adhérent(e) : 7-11-22

Le : 01/11/2022

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

## **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
1/11/11	CS + EC	1 C.2 1333.90	391. Clinique de Bell	INP : 09 11 40097 GSM : 05 32 76 00 10 N°77-PIES-CHM-A1 CARDIOLOGIE Dr. MED

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Guérison	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE AMEDEI</b>	22/11/10	1f23,-

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

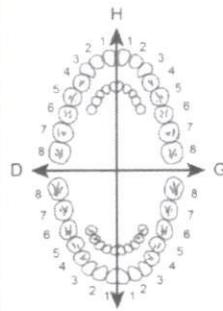
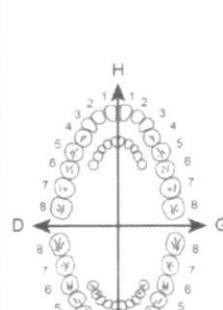
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 D —————— G 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	B			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

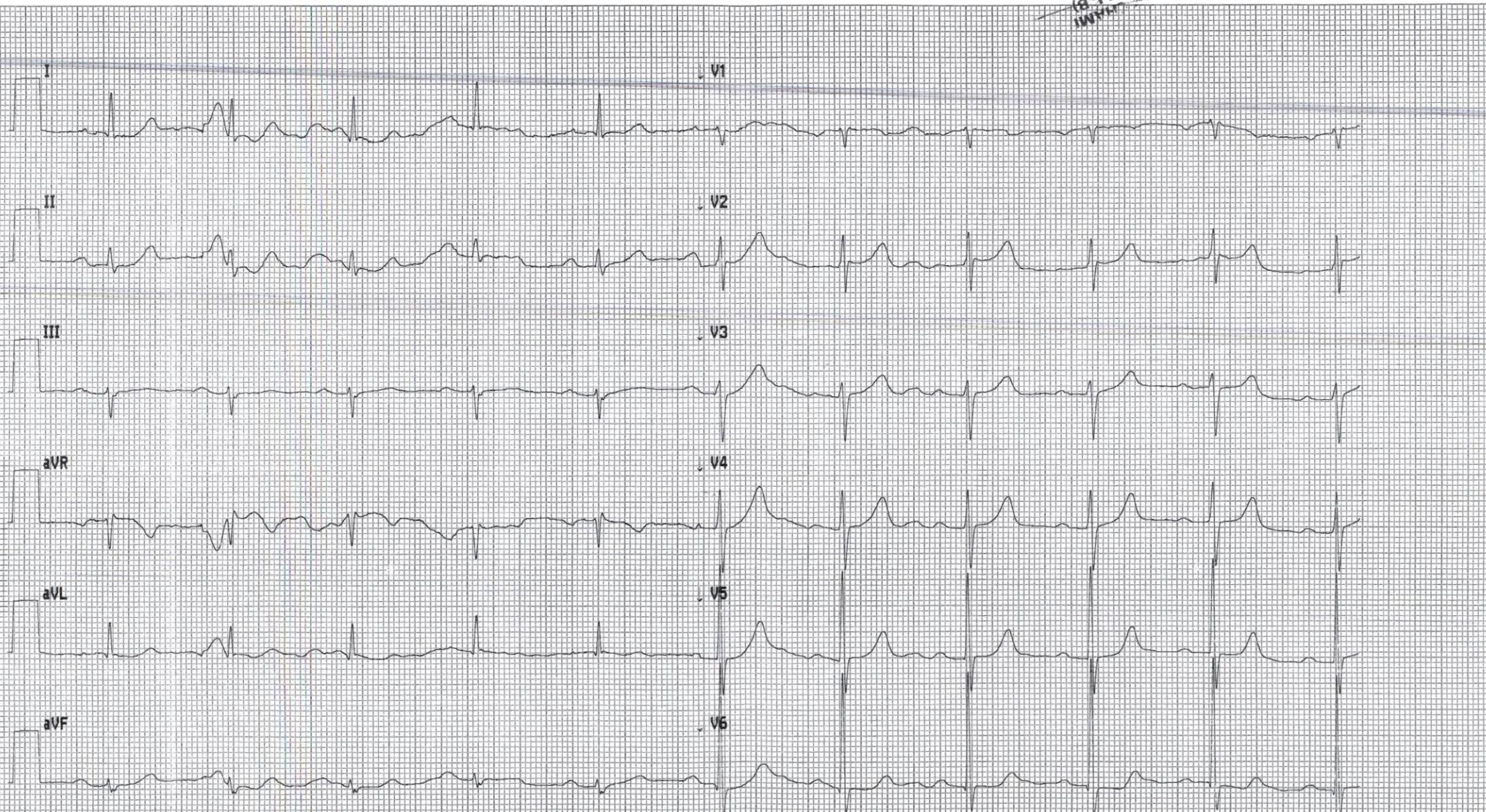
NOM: Allal  
PRENOM: Aziz  
ID:  
DDN:  
Age: ans  
Sex:

1-Nov-2022 16:38:20

Fréq. Card.: 64 BPM  
Int PR: 240 ms  
Dur.ORS: 96 ms  
QT/QTc: 432/441 ms  
Axes P-R-T: 56 -7 74

HR: 148/69  
SpO<sub>2</sub>: 97%

Dr. Monaldi's ECG DR. CARDIOLOGUE (UL-B)  
N°77, Place Charles Nicolle 06 08 06  
Gsm: 05 22 48 44 01



BELLE VILLE ----- BELLE VILLE ----- BELLE VILLE ----- BELLE VILLE ----- Fermer  
VILLE ----- BELLE VILLE ----- BELLE VILLE ----- BELLE VILLE ----- BELLE VILLE

**CLINIQUE BELLE VILLE**  
CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Patient : M. ALLAL AZIZ  
Séjour : Du 01/11/2022 au 01/11/2022

**FACTURE**  
202203771  
Du : 01/11/2022

Etablie par : B. Fatimazahra

Clinique

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
CONSULTATION + ECG	1	400,00	400,00
<b>TOTAL CLINIQUE</b>			<b>400,00</b>

Encaissement Compte d'Autrui

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
<b>TOTAL AUTRUI</b>			0,00

Ventes en exonération de la TVA suivant l'article n°91-VI-1° du C.G.I.

Arretée la presente facture à la somme de QUATRE CENTS DIRHAMS

Patient
Total TTC



# CLINIQUE

PPV: 70DH00  
PER: 06/24  
LOT: L1951

PPV: 70DH00  
PER: 06/24  
LOT: L1951

A) Allal Arig  
(2 boxes)

1/11/22.

~~ARMACÉA  
MÉDICAL  
SOCIÉTÉ QUÉBEC~~

1) Copland  
(3 boxes)

1/11/22

Natu. →

2) Lambd  
(4 boxes)

1/11/22

Natu. →

3) Nebilet  
(1 box)

1/11/22

70,00  
PPV: 70DH00  
PER: 06/24  
LOT: L1951

4) Civasiline  
(8 boxes)

10 1/11/22

Sai.

5) Pegan SO  
(3 boxes)

1/2 1/11/22

6) Lysopuric 2%  
Zyline 2%

1/11/22

PPV: 84DH80  
PER: 06/25  
LOT: L2316



Harvard  
Fax:  
quebec  
scal: 658163000371 - Code SWIFT : BCPO MAMC

LOT	221348
EXP	05 2026
PPV	31.30
EXP	05 2025
PPV	31.30

PPV: 84DH80  
PER: 06/25  
LOT: L2316



22000095

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebâa Casablanca  
Coplavix 75mg/100mg  
b30 cp  
P.P.V : 270,00 DH



6 118001 082018

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebâa Casablanca  
Coplavix 75mg/100mg  
b30 cp  
P.P.V : 270,00 DH



6 118001 082018

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebâa Casablanca  
Coplavix 75mg/100mg  
b30 cp  
P.P.V : 270,00 DH



6 118001 082018

LOT : 22E006  
PER : 04/2026  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

LOT : 22E004  
PER : 01/2026  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

LOT : 22E006  
PER : 04/2026  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

LOT : 22E004  
PER : 01/2026  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

\* VIGNETTE

NEBILET® 5mg ■  
28 comprimés ○  
PPV 87DH50

10/2026/1

\* VIGNETTE

NEBILET® 5mg ■  
28 comprimés ○  
PPV 87DH50

10/2026/1

\* VIGNETTE

NEBILET® 5mg ■  
28 comprimés ○  
PPV 87DH50

V14/07/77/10