

## 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 rééducation.
- 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° W19-536043

ND: 49145

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **Royal Air Maroc**

Matricule : **1225** Société : **Royal Air Maroc**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **HERMAS Mohamed FADEL**

Date de naissance : **04 NOV 1956 30/10/51**

Adresse : **Rue 457 N° 43 c/c des Amicales AGADIR**

Tél. : **0662790010** Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الطبيب: د. محمد بن عبد الله  
المستشفى: مستشفى الملك  
الخير محمد بن عبد الله  
Tél.: 05 22 22 78 18 - 05 22 22 78 18

Date de consultation : **05 NOV 2020**

Nom et prénom du malade : **KRATI NAMA**

Age : **64**

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

**Vaccination antigripale**

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 : **05/11/2020**

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-536043

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : **1225**

Nom de l'adhérent(e) : **HERMAS**

Total des frais engagés : **289,80**

Date de dépôt :



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
05 NOV 2020	C1	1	150,34	INP : 041066245

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/11/2020	139,80

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	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															



**Docteur Abderrahim FOUISSI**  
**MEDECINE GENERALE**

Diplômé d'Echographie Générale  
Faculté de Médecine Montpellier  
Expert Assermenté Près les Tribunaux  
Diplômé de Diabetologie de nutrition  
et de Diététique Médical  
Faculté Médecine Montpellier  
D.U. Médecine du Travail F.M. Rennes  
Certificat du Permis de Conduire

**الدكتور عبد الرحيم الفويصي**

**الطب العام**

شهادة فحص بالصدى  
بكلية الطب مونبلييه  
خبر معلق لدى المحاكم  
دبلوم جامعي في مرض السكر  
والتهدي بكلية الطب مونبلييه  
دبلوم جامعي في طب الشغل  
بكلية الطب بريس  
شهادة رخصة السياقة

05 NOV 2020

Agadir, le : ..... أكادير في :

Y<sup>o</sup> KRATI Naïma

125,30

1)

VAXIGRIP tétra

1 dose x 8c



14,50

2)

DOLOSTOP

S.V. 500

4x3

en cadeau fête

Dolostop® 500mg  
Boîte de 16 comprimés effervescent



6 118000 094180

05 28 84 31 02 - م : 05 28 2

دفعر 56, شارع الوحدة الوطنية, حي الوداديات, أمام مسجد

N° 56, Av. Al Wahda Al Wataniya - Les Amicales Tél. B : 05 28 22 86 39 - Tél. D : 05 28 84 31 02

Région	
Povince / Préfecture	
Commune / Ville	

**Informations sur le vacciné et la vaccinovigilance**

Nom et Prénom	K R A T I M A I M A
Sexe	M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>
Age	64 ans
CIN	J 80398
Adresse	Rue 457 N°43 A/F
Tel	0662180010

**Informations sur le vaccin contre la grippe**

Date dispensation	Nom de spécialité	N° lot	Date de péremption	Cachet du pharmacien d'officine
5/11/2020	Vaccin Grippe	M3K314	7/21	

NB : En cas d'apparition d'effet indésirable suite à la vaccination il faut le notifier au centre Anti Poison et Pharmacovigilance du Maroc (CAMP) par téléphone : 0801000180, 24/24h et 7j/7 ou par mail: camp@camp.ma

**Vaccination**

Médecin prescripteur	Dr Fouim Abdel
Lieu de vaccination	AZAD
Vaccinateur (cachet)	
Date de vaccination	05/11/2020



335, Avenue Mohammed V - Rabat

Tél : +212 537 76 11 21 - Fax : +212 537 76 84 01

<http://www.sante.gov.ma>

وزارة الصحة

Ministère de la Santé



المملكة المغربية

†ΟΧΗΛΕ† | ΚΕΥΟΣΘ  
ROYAUME DU MAROC

## Carte de Vaccination Contre la grippe saisonnière 2020 - 2021

N°carte (N°dans l'ordonnancier) :

.....

