

## 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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° W19-595069

Mangue  
PPV

93440

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11120 Société : R A M  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : LABYED YOUSSEF  
Date de naissance : 24/03/1974  
Adresse : BOULEVARD N° 41 BIS - RUE FARABI -  
CITE DAKHLA - AGADIR  
Tél. : 06 42 76 96 71 Total des frais engagés : 50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Souad HANABAL  
Spécialiste en  
Dermatologie - Vénéréologie  
Cite Dakhlia Av. Hassan I. Residence Dyrat  
2ème Etage N° 204 - AGADIR  
Tél. 05 28 29 20 90

Date de consultation : EL NATIMI AMAL

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : DERMATOLOGIE

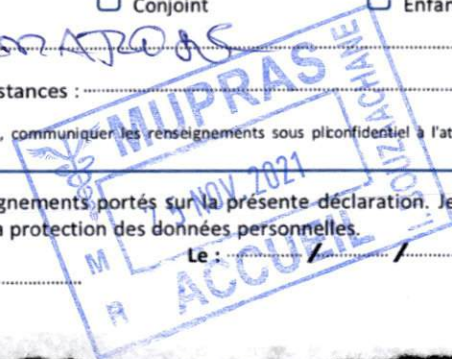
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) : [Signature]





### 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
27/07/2021			250.00	INP : 041192488

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Khaili Lotfy Docteur en Pharmacie 44, rue El Kasbi Tél : 01 28 27 40 09	27/07/2021	52.00

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

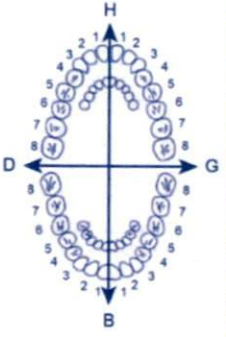
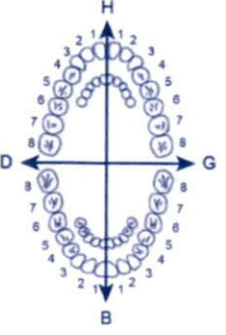
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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			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"/>										
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 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

**Dr. Souad HANABAL**

Spécialiste  
en Dermatologie - Vénérologie  
Maladies de la peau, des Ongles et des Cheveux  
Allergologie et Cosmétologie

Diplôme de Dermatologie Esthétique et Laser  
France



**المكتورة سعاد حنابل**

إختصاصية  
في أمراض الجلد الأظافر والشعر  
الحساسية والتجميل

دبلوم طب تجميل الجلد والليزر  
فرنسا



أكادير ، في : 21/04/20

EL HATIMI AMAC

BOREADE - crème  
soins pour  
la peau.

Amlix sp  
sp 200g 210g.  
52,00

PHARMACIE LOTY  
041192428

حي الداخلة شارع الحسن الأول إقامة الديار 1 الطابق الثاني رقم 204 - أكادير

Cité Dakhla Av. Hassan I, Résidence Dyar 1, 2<sup>ème</sup> étage N° 204 - Agadir

Tél/Fax : 05.28.29.20.90 - Patente : 48146314 - ICE : 001712091000057

3) Atropine Net  
Infectants

20/

Docteur Souad HANABAL

Spécialiste en

Dermatologie - Vénérologie

Cité Jardins - Hassan I Residence - Agadir

2ème Etage N° 24 - AGADIR

Tel : 05 28 29 20 90

# AIRLIX<sup>®</sup>

Cétirizine

*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten circled '1']*  
15 Comprimés

LOT: 145  
PER: FEV 2024  
PPV: 52 DH 00



PHARMACEUTICAL INSTITUTE





**Dr Souad HANABAL**

Spécialiste en Dermatologie-Vénérologie  
Maladies de la peau, des Ongles et des Cheveux  
Allergologie et Cosmétologie



**الدكتورة سعاد حنبل**

إختصاصية في أمراض الجلد الأظفار والشعر  
الحساسية والتجميل

أكادير، في : 27/07/20

## NOTE D'HONORAIRE

NOM : EL HACHIMA

PRENOM : AMAL

ACTE : CONSULTATION

HONORAIRE : Deux Cent Cinquante Dirhames ( 250,00 dhs).

Signature  
Docteur Souad HANABAL  
Spécialiste en  
Dermatologie - Vénérologie  
Cité Dakhla Av. Hassan I, Résidence Dyar I  
2ème Etage N° 204 - AGADIR  
Tel : 05 28 29 20 90

حي الداخلة شارع الحسن الأول إقامة الديار 1 الطابق الثاني رقم 204 - أكادير  
Cité Dakhla Av. Hassan I, Résidence Dyar I, 2ème étage N°204 - Agadir  
Tél/Fax : 05 28 29 20 90 - Patente: 48146314 - ICE: 001712091000057