

## 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.

## Optique 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.

## Education :

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.

## Prothèse :

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

Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)

& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

N° P19-0031717  
Traitement à Vie

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05695 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Royal Air Maroc  
Nom & Prénom : AA Youcef Naima  
Date de naissance : 11/04/1960 Casablanca  
Adresse : 115, "Résidence LA CAPE" Rue de  
Faucault, 4ème étage Apt 405 Nassif / Cas  
Tél. : +212 7 605 32 Total des frais engagés : 9700 DHS Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....  
Nom et prénom du malade : ..... Age : 61 ans  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : .....  
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Tyroïde

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 : Casablanca  
Signature de l'adhérent(e) : AA Youcef Naima  
Le : 21/02/2022

Actes	Coefficient	des Honoraires	attestant le Paiement des Actes

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE PRINCIPALE</b> <b>Mohamed SAÏD LEBR</b> <b>Pharmacien</b> Rond Point Mars Sultan 20000 Casablanca Tél : 05 22 22 11 10 - R.C. Casa : 148604 CNSS : 1107641 - IF : 50905302 - Patente N° : 3200256 ICE N° : 001897771000045 INPE : 092049261	22/02/22	101,00

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

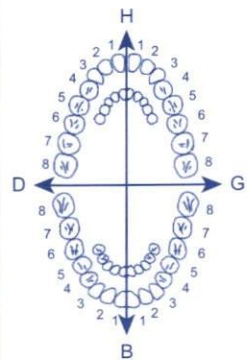
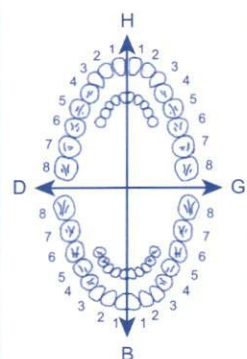
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### Important :

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

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS 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



**PHARMACIE PRINCIPALE**  
**Mohamed Said LEBBAR**  
**Pharmacien**

Rond Point Mers Sultan 20000 Casablanca  
 Tél: 05 22 22 11 10 - R.C. Casa : 149834  
 CNSS: 1187641 - IF: 50905302 - Patente N°: 34306256

ICE N°: 001897771000045  
 INPE: 092049261

Cass Le 22/02/2022

Facture N° 24

M. Ayouch Mawma

Quantité		Prix	Montant
5	Levothyrox 25	6,80	34,00
5	Levothyrox 25	13,40	67,00
			<u>101,00</u>

ajouter la présente facture

à son de content

6 118001 102013  
 Levothyrox® 50µg,  
 Comprimés sécables B/30  
 PPV: 13,40 DH

6 118001 102006  
 Levothyrox® 25 µg,  
 Comprimés sécables B/30  
 PPV: 6,80 DH

6 118001 102013  
 Levothyrox® 50µg,  
 Comprimés sécables B/30  
 PPV: 13,40 DH

6 118001 102006  
 Levothyrox® 25 µg,  
 Comprimés sécables B/30  
 PPV: 6,80 DH

6 118001 102006  
 Levothyrox® 25 µg,  
 Comprimés sécables B/30  
 PPV: 6,80 DH

6 118001 102013  
 Levothyrox® 50µg,  
 Comprimés sécables B/30  
 PPV: 13,40 DH

**PHARMACIE PRINCIPALE**  
**Mohamed Said LEBBAR**  
**Pharmacien**

Rond Point Mers Sultan 20000 Casablanca  
 Tél: 05 22 22 11 10 - R.C. Casa : 149834  
 CNSS: 1187641 - IF: 50905302 - Patente N°: 34306256  
 ICE N°: 001897771000045  
 INPE: 092049261

6 118001 102006  
 Levothyrox® 25 µg,  
 Comprimés sécables B/30  
 PPV: 6,80 DH

6 118001 102013  
 Levothyrox® 50µg,  
 Comprimés sécables B/30  
 PPV: 13,40 DH

6 118001 102006  
 Levothyrox® 25 µg,  
 Comprimés sécables B/30  
 PPV: 6,80 DH

6 118001 102013  
 Levothyrox® 50µg,  
 Comprimés sécables B/30  
 PPV: 13,40 DH