

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- N° 003416

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1014 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENJAMIN Abdelkader

Date de naissance : 06/05/47

Adresse : 41, rue El Hadjamaoui

Tél. : 068744032 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

J. A. ELKHALIL
NEUROLOGUE
Résidence Les Fies
59, Bd. Zerkouni-Ce

Date de consultation : 21/7/2022

Nom et prénom du malade : BENJAMIN FADOUH Age : 75

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

Nature de la maladie : Parkinson - Gicifu

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : CASABLANCA Le : 20/10/22

Signature de l'adhérent(e) :

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

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
21 JUL 2022	02		300,00	Dr. A. F. EL KHAMLI NEUROLOGUE Résidence Les Fiel 59, Bd. Zerkouni - Cr.

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

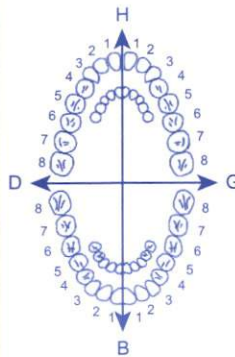
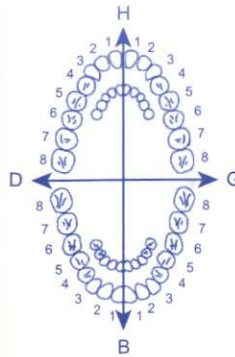
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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														
				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 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 <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

Dr. EL KHALIDY A. FARID
NEUROLOGUE

Ancien Maître Assistant
au CHU Ibn Rochd - Casablanca

“ Résidence les Fleurs “
59. Bd. Zerktouni - CASABLANCA

Tél. { 05 22 20 19 63
05 22 27 91 37

الدكتور الخالدي احمد فريد

اختصاصي في امراض الجهاز العصبي والعضلات

أستاذ مساعد سابقا بالمركز الصحي الجامعي
إبن رشد بالبيضاء

« إقامة الزهور »

59. شارع الزرقتوني - الدار البيضاء

الهاتف { 05 22 20 19 63
05 22 27 91 37

Casablanca, le : 21 JUL. 2022

Dr. Soukaina
Fachou

① Marsip 125

17 x 4 li

② Regup. 804
20 →

③ Harbinau L22
11 →

tu

ou

6 →
Six

Dr. EL KHALIDY
NEUROLOGUE
Résidence Les Fleurs
59. Bd. Zerktouni - Cas

feuille de soins
pharmacien ou fournisseurArt. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale
Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

numéro de facture (facultatif)

205494

date J J M M A A 12062021

PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT les SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur)

nom et prénom

BENAISSA Fadma

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

J 1 1 0 7 1 9 5 8 1

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le pharmacien ou
le fournisseur)

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

ADRESSE de L'ASSURE(E)

71 AVENUE DE LA TOURELLE 91270 VIGNEUX SUR SEINE

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

LOUATI

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

PHARMACIE DE LA LIBERTE
60 Avenue Henri Barbusse
91270 VIGNEUX SUR SEINE
912015120

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom

MEDECIN Etranger

raison sociale

identifiant

n° de la structure
(AM, FINESS ou SIRET)

000000000

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

12062021

date de l'accord préalable (le cas échéant)

XXMALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1
(cf. la notice au verso : § précédé de "**"
et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non

XX

oui

date

J J M M A A A A

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarification détaillée

Prest	CIP/Ref. LPP(Ut)	Homeo Decon- c. lab dition.	Qte	PU	Mt Fact	Libelle	Nb btes utili.	Mod. presc	Indic. Subst.	Date debut	Date fin
PH7	3400937922371		6	23,52	141,12	REQUIP LP 8MG CPR 28					
HD7			6	1,02	6,12	Honor. dispens. HD7					
PH7	3400937922142		3	12,00	36,00	REQUIP LP 4MG CPR 28					
HD7			3	1,02	3,06	Honor. dispens. HD7					
PH7	3400930066560		3	5,19	15,57	MODOPAR 125MG FL GELUL					
HD7			3	1,02	3,06	Honor. dispens. HD7					
HDR			1	0,51	0,51	Honor. dispens. HDR					

rimer les codes à barres

riller les étiquettes de la liste

des produits et prestations

dans l'ordre de la prescription

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros

2 0 5 , 4 4

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du pharmacien
ou du fournisseur

LOUATI

signature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer



cerfa

N° 50652#05

quelques conseils pour remplir votre feuille de soins

Le bon remplissage de votre feuille de soins est la garantie de votre remboursement par l'assurance maladie.

La première information à donner concerne **la personne recevant les soins et l'assuré(e)** :

Si vous ne payez pas votre pharmacien ou votre fournisseur, celui-ci remplira l'ensemble de cette rubrique, sur présentation de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne.

Si vous payez votre pharmacien ou votre fournisseur, celui-ci indiquera uniquement vos nom et prénom, dans la zone prévue, selon vos indications ou au vu des informations portées dans votre carte Vitale ou sur l'attestation papier qui l'accompagne.

Les autres zones seront remplies par vous même (*le code de l'organisme de rattachement n'est pas à préciser*).

- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous êtes **assuré(e) social(e)**, inscrivez seulement :
 - votre **numéro d'immatriculation** (en vous aidant de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne).
- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous n'êtes pas **assuré(e) social(e)**, indiquez :
 - votre **numéro d'immatriculation**,
 - ou** (si celui-ci ne vous a pas été communiqué),
 - votre **date de naissance**,
 - le **nom** et le **prénom** de l'**assuré(e) auquel (à laquelle)** vous êtes rattaché(e) et son **numéro d'immatriculation**,
- **complétez enfin cette rubrique en indiquant l'adresse de l'assuré(e).**

Toutes les autres rubriques de la feuille de soins sont à compléter par votre pharmacien ou votre fournisseur, y compris le numéro de facture qui est une zone facultative destinée à son usage.

- * Si vos soins sont dispensés au titre de l'article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, il doit le préciser dans la case prévue à cet effet.
- Si vos soins sont en rapport avec un accident causé par un tiers, précisez-le lui ainsi que la date de cet accident. Ces renseignements doivent **obligatoirement** figurer sur la feuille de soins car ils permettent à l'assurance maladie de récupérer les frais relatifs à l'accident auprès de l'assureur concerné.
- Si vos soins sont en rapport avec un accident du travail, dont vous avez été victime, ou avec une maladie professionnelle, présentez-lui la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle qui vous a été remise par votre employeur ou par votre organisme d'assurance maladie.

Recommandations importantes :

Le double de votre prescription médicale doit être joint à l'envoi de votre feuille de soins (sauf en cas de renouvellement, ou s'il a été joint à la demande d'accord préalable).

Prévenez votre organisme d'assurance maladie en **cas de changement intervenant dans votre situation**, par exemple :

- **changement de compte** bancaire, postal ou de caisse d'épargne : adressez-lui le relevé d'identité correspondant.
- **changement d'organisme** d'assurance maladie : prenez contact avec votre nouvel organisme d'assurance maladie pour le transfert de votre dossier afin de ne pas retarder le remboursement de vos soins et prestations, **n'oubliez pas** également d'indiquer **votre nouvelle adresse sur la feuille de soins**.

* **Si le pharmacien ou le fournisseur a coché la case "SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1", la feuille de soins doit être adressée à l'organisme gestionnaire mentionné sur votre attestation de pensionné(e).**

N'oubliez pas de signer votre feuille de soins.



REQUIP LP 4 mg

Comprimé à libération prolongée

Ropinirole

28 comprimés à
libération prolongée.

4 mg

EXP/Lot

11.2023

2U5A

PC 03400937922142

SN 52T0Y83DT5





REQUIP LP 4 mg

Comprimé à libération prolongée

Ropinirole

28 comprimés à
libération prolongée.

4 mg

EXP/Lot

11.2023

2U5A

PC 03400937922142

SN 52T0Y83DT5





REQUIP LP 4 mg

Comprimé à libération prolongée

Ropinirole

28 comprimés à
libération prolongée.

4 mg

EXP/Lot

11.2023

2U5A

PC 03400937922142

SN 52T0Y83DT5





REQUIP LP 4 mg

Comprimé à libération prolongée
Ropinirole

28 comprimés à
libération prolongée.

4 mg

EXP/Lot

11.2023

2U5A

PC 03400937922142

SN 52T0Y83DT5





REQUIP LP 4 mg

Comprimé à libération prolongée
Ropinirole

28 comprimés à
libération prolongée.

4 mg

EXP/Lot

11.2023

2U5A

PC 03400937922142

SN 52T0Y83DT5





REQUIP LP 4 mg

Comprimé à libération prolongée
Ropinirole

28 comprimés à
libération prolongée.

4 mg

EXP/Lot

11.2023

2U5A

PC 03400937922142

SN 52T0Y83DT5





PC: (01) 03400930066560
SN: (21) 1003666372083
EXP 05 2024
Lot (10) M2611M1

Modopar[®] 125
gélule
Lévodopa /
Bensérazide



PC: (01) 03400930066560
SN: (21) 1003666372083
EXP 05 2024
Lot (10) M2611M1

Modopar[®] 125
gélule
Lévodopa /
Bensérazide



PC: (01) 03400930066560
SN: (21) 1003666372083
EXP 05 2024
Lot (10) M2611M1

Modopar[®] 125
gélule
Lévodopa /
Bensérazide



REQUIP LP 8 mg

Comprimé à libération prolongée

Ropinirole

28 comprimés à
libération prolongée.

8 mg

EXP/Lot

04.2024

8S4P

PC 03400937922371

SN 55KMRRXFCA





REQUIP LP 8 mg

Comprimé à libération prolongée

Ropinirole

28 comprimés à
libération prolongée.

8 mg

EXP/Lot

04.2024

8S4P

PC 03400937922371

SN 55KMRRXFCA





REQUIP LP 8 mg

Comprimé à libération prolongée

Ropinirole

28 comprimés à
libération prolongée.

8 mg

EXP/Lot

04.2024

8S4P

PC 03400937922371

SN 55KMRRXFCA





REQUIP LP 8 mg

Comprimé à libération prolongée

Ropinirole

28 comprimés à
libération prolongée.

8 mg

EXP/Lot

04.2024

8S4P

PC 03400937922371

SN 55KMRRXFCA





REQUIP LP 8 mg

Comprimé à libération prolongée

Ropinirole

28 comprimés à
libération prolongée.

8 mg

EXP/Lot

04.2024

8S4P

PC 03400937922371

SN 55KMRRXFCA





REQUIP LP 8 mg

Comprimé à libération prolongée

Ropinirole

28 comprimés à
libération prolongée.

8 mg

EXP/Lot

04.2024

8S4P

PC 03400937922371

SN 55KMRRXFCA

