

## 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.



**MUPRAS**

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

## Déclaration de Maladie

N° W21-662386

143479

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 552 Société : RAA

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité

Nom & Prénom : Hamed Abdelhakem

Date de naissance : 11/11/1938

Adresse : 302 Rd Zoukri - CASA

Tél : 066111222 Total des frais engagés : 82,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 Le : 02/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### 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

# 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
				INP : <input type="text"/>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie EL ANADEL Mme H.T. EL ARAKI Bd. Abdellatif Ben Kaddour Tél. 01 28 41 28</p>	19/11/22	802,40

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

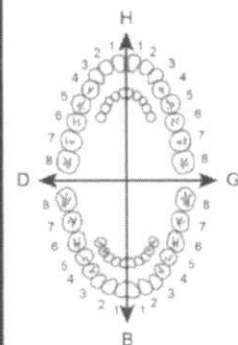
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

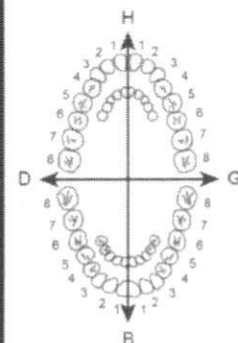
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# VOLET ADHERENT

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



# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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 EL ANADEL

3 bd abdellatif ben kaddour

pharmacien diplômé de l'université de CAEN  
HOMEOPATHIE-PHYTOTHERAPIE-HERBORISTE

R.C :

Patente:35600524

T.V.A :

Tél :0522 36 54 38

Le 19/12/2022

FACTURE N°660825

N° ICE : 001620659000071

CHERRADI ABDERAHMAN

N° IF :

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	OEDES 20MG B56 GÉLULES	140,00	140,00		
2	ASPEGIC ST 100MG	21,80	43,60		
2	CARTEOL LP 2% COLLYRE	84,90	169,80		
2	XALATAN CL 50µG/ML 2.5ML	127,00	254,00		
1	UROSTA CO 5MG 50U SEC	62,70	62,70		
1	MEGAFLOX CO 500MG 10U	74,80	74,80		
1	TORVA CO 10MG 30U	57,80	57,80		

LOT : 1107  
PER : 08/24  
PPV : 57,80 DH

LOT/EXP.:  
EY1145  
E1234  
01/2024  
PPV 127DH00

PPV 62 DH70  
BER 05/25  
LOT 11724

LOT: 211542  
PER: 05-2024  
PPV: 140,00DH

LOT: 22E001  
PER: 02/2024  
ASPEGIC 100MG  
SACHETS 820  
P.P.V : 21DH80  
6 118000 061113

LOT: 22E001  
PER: 02/2024  
ASPEGIC 100MG  
SACHETS 820  
P.P.V : 21DH80  
6 118000 061113

CARTEOL L.P. 2%  
Collyre 3ml  
ZENITH PHARMA  
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM  
6118001270040  
LOT/EXP.:  
FAB/ تاريخ الإنتاج: 05-2022  
EXP/ تاريخ الانتهاء: 04-2024  
PPV : 84,90 DHS

CARTEOL L.P. 2%  
Collyre 3ml  
ZENITH PHARMA  
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM  
6118001270040  
LOT/EXP.:  
FAB/ تاريخ الإنتاج: 05-2022  
EXP/ تاريخ الانتهاء: 04-2024  
PPV : 84,90 DHS

TOTAL T.T.C :

802,70

Nbr Articl/ès	TVA 7% Base :	Montant :	TVA 20% Base :	Montant
---------------	---------------	-----------	----------------	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Huit Cent Deux Dirhams et 70 centimes.