

## 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

N° W21-808857

272727

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

10012

Société :

Royal Air Maroc

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

BEN MOUMEN YASSER

Date de naissance :

02/02/1971

Adresse :

Appt 8 Immeuble 28 Residence  
Jardins de Souss Hay Nohamedi Agadi

Tél. :

+212661417174

Total des frais engagés :

284 DH

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

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 :

Agadir

Le : 08/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Ben

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 | INP : <input type="text"/>                                     |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
|  | 08.07.23 | 284,00                |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

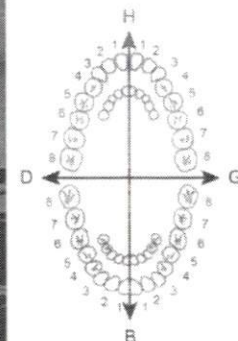
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

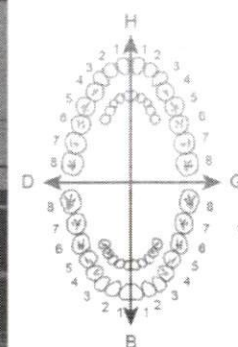
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |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

### 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        |  | H        |
| 25533412 |  | 21433552 |
| 00000000 |  | 00000000 |
| D        |  | 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

Tél : 0528228427

08/07/2023

Mr YASSIR BENMOUMEN

FACTURE N° : 6701

du : 08/07/2023

| Qté       | Désignation                | Prix PPV | Montant | TVA |
|-----------|----------------------------|----------|---------|-----|
| 2         | IRPHI PLUS 150/12.5 CP B30 | 142,00   | 284,00  | 7%  |
| Total TTC |                            |          | 284,00  |     |

Arrêtée la présente Facture à la somme de :  
DEUX CENT QUATRE-VINGT QUATRE DIRHAMS

|       | TAUX | HT     | TVA   | TTC    |
|-------|------|--------|-------|--------|
| 7.00% | 7,00 | 265,42 | 18,58 | 284,00 |
|       |      | 265,42 | 18,58 | 284,00 |



IRPHI PLUS<sup>®</sup> 150mg/12,5mg

Irbesartan/Hydrochlorothiazide

إرفي بلوس<sup>®</sup> 12,5/150 مغ

إربيزارتان/هيدروكلوروثيازيد

IRPHI PLUS  
150mg/12,5mg  
30 Comprimés



30 قرصا



معهد الصيدلة

LOT : 023  
PER : MAR 2025  
PPV : 142 DH 00

IRPHI PLUS<sup>®</sup> 150mg/12,5mg

Irbesartan/Hydrochlorothiazide

إرفي بلوس<sup>®</sup> 12,5/150 مغ

إربيزارتان/هيدروكلوروثيازيد

IRPHI PLUS  
150mg/12,5mg  
30 Comprimés



30 قرصا



معهد الصيدلة

LOT : 023  
PER : MAR 2025  
PPV : 142 DH 00




DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :  
VALABLE UN AN

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

| Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit   |  |
|---|--|
| Nom et prénom :   | BENNOUEN YASSER  |
| Matricule :   | 10012 N° CIN : DU 80 082   |
| Adresse :   | Appt 8 Immeuble 28 Residence Jardins de son Hay Ashamed Agadir Maroc   |
| Bénéficiaire de soins :   | <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant         |
| Partie réservée au médecin traitant   |  |
| Je soussigne :  | Spécialité :   |
| N° ICE :  | N° INPE : 09M86342   |
| Certifie que Mlle, Mme, M. :  | BENNOUEN YASSER  |
| Nécessitant un traitement d'une durée :   | <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie |
| Maladie de Longue Durée   |  |
| Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :<br>H.T.A. - C.T.C.R. - E.P.C. - H.O.U.R. R.T. |  |
| Dont ci-joint ordonnance :  | OUI  |
| Traitement prescrit :   | IRIAS plus 150/12.5 1cpj.  |
| Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables :  |  |
| Fait à :  | 05 le 30/05/2023   |
| Cachet et signature du médecin traitant :   |  |
|    |  |

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées