

## 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° W21-813063

771730

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10012

Société : Royal Air Maroc

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BEN MOUMEN Yassin

Date de naissance : 02/02/1971

Adresse : Apt 8 Immeuble 28 Residence Jardins de Souss Hay Mohamed el Agadi Maroc

Tél : +212 661417174 Total des frais engagés : 84 DHs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 :

Le : 10/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

### Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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

Date

Montant de la Facture

01.08.23

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

AM

PC

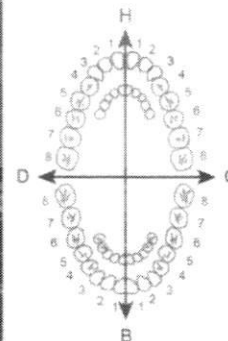
IM

IV

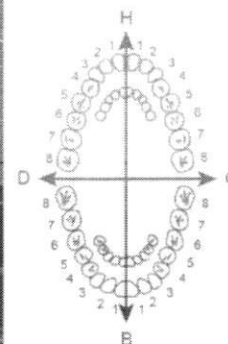
Montant détaillé des Honoraires

# 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
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

PHARMACIE JARDINS DE SOUSS  
MR MOUNIR BOUZOUF  
N 25 IMM:50 JARDINS DE SOUSS HAY EL  
MOHAMMADI AGADIR



10/08/2023

Yasser Benmoumen

FACTURE N° : 9548

du : 10/08/2023

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



CNSS : 5607091  
Compte :

I.C.E : 001967782000084  
Patente : 49277601

INPE:042068858  
R.C : 67572

I.F : 88322180  
RIB  
:022010000334002729563325

إرفي بلوس® 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

Irbesartan/Hydrochlorothiazide

IRPHI PLUS® 150mg/12,5mg

إرفي بلوس® 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

Irbesartan/Hydrochlorothiazide

IRPHI PLUS® 150mg/12,5mg

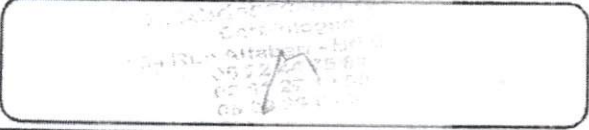


**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :  
VALABLE UN AN**

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 :	Apt 8 Immeuble 28 Residence Jardins de son Hay Oshamedi Agadin 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 :	
Hta, C.T.C.R. TEPc, Holo Rtg	
Dont ci-joint ordonnance :	Ous
Traitement prescrit :	IRIAT plus 150/12.5 (1g)
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	Casa 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