

## 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

## Declaration de Maladie

N° W19-434513

183487

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

0763

Société :

R. A. M.

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

EL GANDONI EL HASSAN

Date de naissance :

8 - 12 - 43

Adresse :

13 R. Vanneaux Oises 9480

Tel :

066794468

Total des frais engagés

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'at. médecin conseil de la Mutuelle.



J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

### 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.

### 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

**PHARMACIE EL HAMDOLILLAH**  
**Dr. Zaidi Hafid**  
 Lot. Anassar IV 23500 Dar Bouazza - Casablanca  
 Tel: 0522.29.09.46 / WHATSSAP: 06.80.73.33.76  
 ICE: 00105120000066  
 INPE: 002367214

07/11  
2023

125,30

### 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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prie de préciser la dent traitée l'acte pratique en indiquant la nature des soins

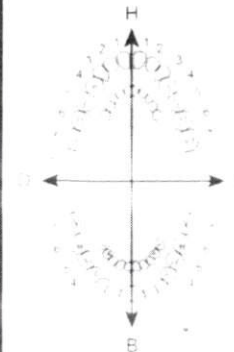
Important :

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

#### SOINS DENTAIRES

Dents Traitees Nature des Soins Coefficient

INP :



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

#### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

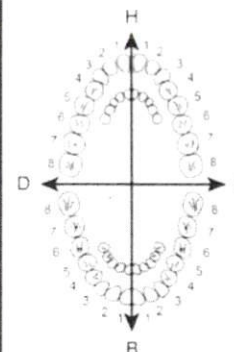
H  
 1000000 1000000  
 1000000 1000000  
 B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



[Creation, remont, adjonction]  
 Fonctionnel Therapeutique necessaire a la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



PHARMACIE EL HAMDO LILLAH 5981  
DR ZAIDI HAFIDA  
LOT ANSSARI N°123 DAR BOUAZZA  
CASABLANCA

Tél : 0522290949

07/11/2023

HASSAN EL GHANOUNI

FACTURE N° : 18854

du 07/11/2023

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	VAXIGRIP VACCIN	125,30	125,30	7%

Total TTC	125,30
Droits de Timbre	0,00
Net à Payer	125,30

Arrêtée la présente Facture à la somme de :  
CENT VINGT CINQ DIRHAMS ET TRENTE CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	117,10	8,20	125,30
		117,10	8,20	125,30

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaa Casablanca  
VaxigripTetra 16 µg/0,5 ml  
sol inj b1  
P.P.V : 125,30 DH  
5 113001 082247

PHARMACIE EL HAMDO LILLAH  
Dr. ZAIDI Hafida  
Lot. Anssari N°123 Dar Bouazza - Casablanca  
Tél: 0522 29 09 46 / WHATSAPP : 06.00.73.33.76  
ICE: 001033220000066  
INPE: 092067214

CNSS : 7295604  
Compte :

I.C.E : 001033220000066  
Patente : 32990263

INPE: 092067214  
R.C : 361366

I.F : 50790599  
RIB :