

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

En cas de traitement canalaires.

La feuille de soins est valable pour une durée d'un an et renouvelée tous les 6 mois.



# MUPRAS

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

40189

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0020841

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1183 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HABACHI HED Date de naissance : 01-01-1968

Adresse : 100 Rue Brahim Nakla, Maâny ex-Amin, Casablanca

Tél. : 0661133679 Total des frais engagés : 1635,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / / M.L.D.

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 : Casablanca Le : 26/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Date des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

03/08/2022      1635,30

# 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

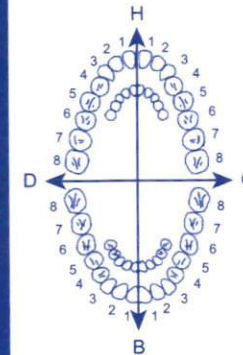
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées      Nature des Soins      Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

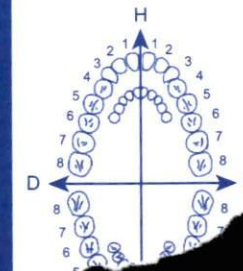
# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS



[Création  
Fonctionnel



☒ **valable 3 mois**

Le 19/04/2022

**DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE** ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Dr LABBI

Certifie que Mlle, Mme, M. :

HABACHI Nourmed

Présente

une HTA.

Nécessitant un traitement d'une durée de :

A vie.

troubles de

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

Ex Boyle 160/5/25 1/1; Plucox 1/1 nebalet 5/1/1  
Cardiomagn 100 1/1

# Pharmacie LA BRISE -

Narjiss SELASSI

0522990710/0622927010

38,rue abou abass el azfi. Maarif. , Casablanca



**Facture N° 20200819-345**

Date de vente : 03/08/2020  
Médecin traitant :

**HABACHI MOHAMED**

Maroc

68,90

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
EXFORGE HCT CO 5/160/25MG B28 COMP	3	361,00	Exonéré (0.00%)	1 083,00
CARDIOASPIRINE CO 100MG B30 COMP	3	27,70	Exonéré (0.00%)	83,10
FLUDEX CO 1.5MG B30 COMP	3	68,90	Exonéré (0.00%)	206,70
NEBILET CO 5MG B28 COMP	3	87,50	Exonéré (0.00%)	262,50

\* VIGNETTE

**NEBILET® 5mg**  
28 comprimés

Pharmaceutical Institute  
R.S. 203 OUM AZZA Région Rabat

PPV : 87 DH 50

\* VIGNETTE

**NEBILET® 5mg**  
28 comprimés

Pharmaceutical Institute  
R.S. 203 OUM AZZA Région Rabat

PPV : 87 DH 50

\* VIGNETTE

**NEBILET® 5mg**  
28 comprimés

Pharmaceutical Institute  
R.S. 203 OUM AZZA Région Rabat

PPV : 87 DH 50

**PHARMACIE LA BRISE**  
38, Rue Abou Abass Al Azfi  
Maarif - Casablanca  
Tel.: 05 22 99 07 10  
Fax: 05 22 99 07 03

Total HT

1 635,30 DHS

TVA

0 DHS

**Total**

**1 635,30 DHS**

La présente facture à la somme de : mille six cent trente-cinq DHS et trente centimes



6118001030972

**EXFORGE HCT**  
5mg/160mg/25mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361.00 DH



6118001030972

**EXFORGE HCT**  
5mg/160mg/25mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361.00 DH



6118001030972

**EXFORGE HCT**  
5mg/160mg/25mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361.00 DH

Cardiaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



Cardiaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



Cardiaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



ICE : 001688166000012

Tel : 0522990710/0622927010

Adresse : 38,rue abou abass el azfi. Maarif. , Casablanca