

# RECOMMANDATIONS POUR LA FEUILLE DE SOINS 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.
- Le 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.

## 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



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

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1057

Société : RASM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : LOUAKEB mohamed

Date de naissance : 1/11/1968

Adresse : 80 rue Leonall Ch V Ag. OMEK

Tél. : 06 18 13 84 69

Total des frais engagés : 1165,70

Cadre réservé au M. Docteur

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

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 ne pas avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 18/11/2020

Le : 18/11/2020

Signature de l'adhérent(e) : M

**VOLET ADHERENT**

Déclaration de maladie

**N° P19-041968**

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

**Coupon à conserver par l'adhérent(e).**

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

## RELEVE DES FRAIS ET CONTOURAIRES

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
PHARMACEUTIQUE 153, Rue Baba (Bd Dey, Cité Sidi Baba Derb Ghellaf - Casablanca Tél: 0522 25 16 07	15/05/2023	44517

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### VOLET ADHERENT

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

RELEVEZ LES FRAIS D'ABONNEMENTS

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

### Important:

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
			*	FIN D'EXECUTION
O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT			

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	2143355
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	1143355

The diagram shows a 10x10 grid of vertices, each labeled with a number from 1 to 8. The vertices are arranged in a pattern where the top and bottom rows have 9 vertices, and the middle 8 rows have 10 vertices each. Arrows indicate a flow direction from left to right and top to bottom. The numbers are as follows:

- Row 1: 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9
- Row 2: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- Row 3: 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9
- Row 4: 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 1, 2
- Row 5: 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 1, 2, 3
- Row 6: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 1, 2, 3, 4
- Row 7: 6, 7, 8, 9, 10, 1, 2, 3, 4, 5
- Row 8: 7, 8, 9, 10, 1, 2, 3, 4, 5, 6
- Row 9: 8, 9, 10, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
- Row 10: 9, 10, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8

#### [Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية  
Ordonnance

sablanca, le :

16,00  
75 mg CP 28  
316,00 DH

316,00

30,70

99,00

44/2  
PHARMACIE WATO  
153, Rue Habacna  
(Bd Day Ould Sidi Baba)  
Derb Ghellaf - Casablanca  
Tel: 0522 25 16 07

42,80

Boulevard Mohamed Taïeb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casablanca

Tel: +212 529 004 466 • Fax: +212 529 038 868

**PHARMACIE WATO**  
153, Rue Habacna  
(Bd Day Ould Sidi Baba)  
Derb Ghellaf - Casablanca  
Tel: 0522 25 16 07

citakel 14/04/2002  
sablanca, le :  
1. Plaist 75  
2. j 45  
1. Karrage 75  
1. Ldew 20  
1. Corvase 245  
1. CPK 31 35  
1. Vastone 35  
1. CPK 21 1  
Preparation conforme à la prescription  
Pr. SAÏD H. NACIRI  
Domicile: 153, Rue Habacna  
Boulevard Mohamed Taïeb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casablanca  
Téléphone: +212 529 004 466 • Fax: +212 529 038 868  
Derb Ghellaf - Casablanca  
Téléphone: 0522 25 16 07





## PHARMACIE WATO (EX M'BIRKOU)

### 153,day ould sidi baba derb ghalef

**DR ADLOUNI ALAMI OUSSAMA**  
Pharmacien Aromathérapeute  
Université de Genève

R.C :315533

Patente:34704247

T.V.A.

C N S S:4622002

Tél : 0522251607

Le 15/05/2020

**FACTURE N°425492**

N° ICE : 001560336000065

N° IF : 15204335

LAAKEL MOHAMED

Qté	Désignation	Prix Public de Vente PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	KARDEGIC 75 MG BT 30 STS	30,70	30,70		
1	PLAVIX 28CP	316,00	316,00		
1	LD-NOR 20MG 30CP	99,00	99,00		

**TOTAL T.T.C :**

445,70

**Nbr Articles** **TVA 7% Base :** **Montant :** **TVA 20% Base :** **Montant**

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Quatre Cent Quarante Cinq Dirhams et 70 centimes.

SERVICE CARDIOLOGIE  
TEL DIRECTE :0529 050 234

Casablanca le 19/04/2019

## **CERTIFICAT MEDICAL DE MALADIE DE LONGUE DUREE**

Je soussigné,

, cardiologue à l'hôpital Cheikh

Khalifa Certifie que **Mr LAAKEL MOHAMMED** est suivie pour **UNE  
MALADIE CARDIAQUE CHRONIQUE** et que son état de santé  
nécessite un suivi régulier et un traitement de longue durée.

Ce certificat est délivré à l'intéressé, pour servir et valoir ce que de droit.

Signé : PR SABRY

