

# 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.

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

133036

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0000199

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7907 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : TIKAT OMAR Date de naissance :  
Adresse : Rue 66 N° 100 Agbari I  
Tél. : 06 61 08 77 15 Total des frais engagés : 8144,59 € Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/10/2022  
Nom et prénom du malade : BABALAHSEN Asmae Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Néoplasie du Sein  
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 : .....  
Signature de l'adhérent(e) : .....



[illegible]

Onco-Radiotherapie - INP 0911 2732  
Ryad Centre Médical CTMC  
15, Allée du Parc 01, des Palmiers Casa  
Tél: 0522 86 27 00 / 0522 86 25 56  
Secrétariat: 0602 09 54 15

PHARMACIE DE SOPHIA		EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien Médical		Date	Montant de la Facture
755 route de la mer SOPHIA ANTIPOLIS		27.10.2022	144,69 €
6560 VALENTIGNEY			
07 OCT. 2022			
Dr Marine FOSSEY			
Tel 04 93 65 45 89			
Fax 04 93 65 24 65			

Dr Marine FOSSEY      Finess 062029236  
Tel. 04 93 65 45 89      Fax 04 93 65 24 65

[illegible]

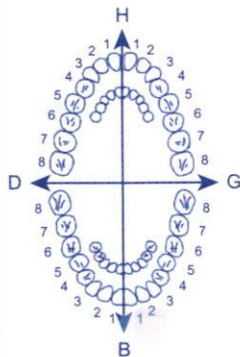
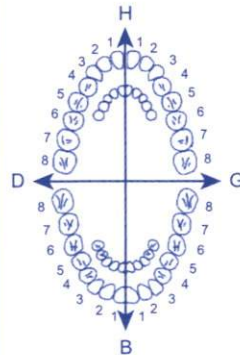
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

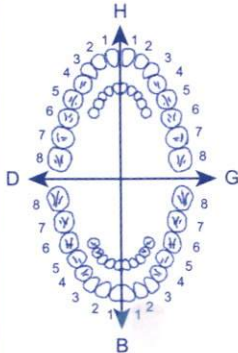
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION


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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient			
						COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>	
							MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
							DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
							FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

**[Création, remont, adjonction]**  
fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	<b>D</b> 00000000      35533411	<b>G</b> 00000000      11433553	
	<b>B</b>		MONTANTS DES SOINS
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
			DATE DU DEVIS
			DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



SELAS PHARMACIE DA ROS  
Marine FOSSEY  
1755 Route des Dolines  
Centre médical de SOPHIA  
06560 VALBONNE SOPHIA  
ANTIPOLIS  
FRANCE  
Tel: 0493654589 Fax: 0493652465  
Email: mfossey@totum.fr  
N° SIRET: 88388325800013  
Code NAF: 4773Z - FR71883883258

Page 1 / 1

**FACTURE**

N°6585/919611

Du 07/10/2022

Date de l'échéance 08/10/2022

BABALAHCEN Asma

06560 VALBONNE

Prescripteur : MEDECIN MEDECIN

N° AM : 751714486

Opérateur: clothilde v

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total TTC
AROMASINE 25MG CPR BT 30 3400935279668 N° Ordonnancier : 1107985	PH1	0	3	45,906	2,10%	140,61
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,51
Honor. dispens. HDE	HDE	0	1	3,500	2,10%	3,57

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
141,71	2,1% (4)	2,98	144,69
<b>Total HT</b>		<b>Total TVA</b>	<b>Total TTC</b>
141,71		2,98	144,69

Part AMO 0,00

Part AMC 0,00

Part Client 144,69

Mode(s) de règlement

Espèces 144,69

Reste dû 0,00

Montants exprimés en Euro

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom  
pharmaciedesophia.valbonne@totum.fr

PHARMACIE DE SOPHIA  
1755 route des Dolines-Centre médical  
06560 VALBONNE SOPHIA ANTIPOLIS  
07 OCT. 2022  
Dr Marine FOSSEY  
Tel. 04 93 65 45 89  
Fax 04 93 65 24 65  
Finiss 062029238  
R15-134/0/B525/0370-1/20865  
(NF525) 124/11/FACTURATION/FACTURE/ODN UNIV VALBONNE  
RÉGIE

(u) indique les quantités unitaires

(\*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1





N° BABA LAHCEN Asmaa

Aromasine 25 mg

1 cp / j x 3 boîtes

PHARMACIE DE SOPHIA  
1755 route des Dolines-Centre médical  
06560 VALBONNE SOPHIA ANTIPOLIS



08 OCT. 2022

Dr Marine FOSSEY  
Tel. 04 93 65 45 89

Finess 062029236  
Fax 04 93 65 24 65

Pr Abdelkader ACHARKI  
Onco-Radiothérapeute - INP 091157321  
Ryad Oncologia Clinic  
15, Allée du Persée Q. des Hôpitaux Casa  
Tél: 0522 86 27 00/86 25 31 Fax: 0522 86 25 56  
Secrétariat: 0662 09 54 15