

# **CONDITIONS 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.
- 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.

## **Adresses Mails utiles**

- O Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- O Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- O 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

## **Déclaration de Maladie**

M23-005501

155976

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 1057 Société : MAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité  
 Nom & Prénom : ENAKEL Mohamed  
 Date de naissance : 1/11/1948  
 Adresse : 16 Rue Lemaître d'Argy Casablanca  
 Tél. : 06 18 13 86 67 Total des frais engagés : 1296,20 Dhs

### **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 : .....

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : .....

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 : 3 / 4 / 2023

Signature de l'adhérent(e) : .....

Autorisation CNDP N° : AA-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


# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

03/04/23

1296,20

# 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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires


# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

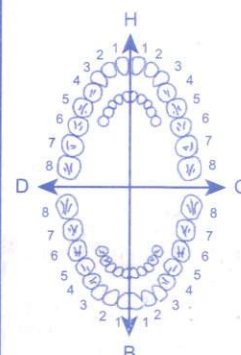
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

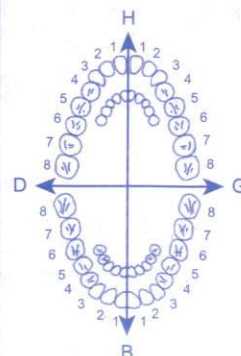
H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 G 00000000  
35533411 11433553  
B

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CENTRE  
CARDIOLOGIQUE  
CASA-ANFA



مركز  
أمراض القلب  
البيضاء أنفا

Casablanca le

05/01/2022

Dr. CHAACHOUI Najia  
Cardiologue Rythmologue  
314, Rue Mostapha El Maani-Casa  
Tel: 05 22 22 73 43 INPE: 091170162

HARMACIE WATO  
153, Rue Habacha  
(Bd Day Ould Sidi Baba  
Derb Ghellaf - Casablan  
Tél: 0522 25 16 07

MR ZAKEL Mohamed

9 x 316,00

Plavix 75 mg, 316,00 DH  
Ain sebaa Casablanca  
Plavix 75 mg, 316,00 DH  
P.P.V: 316,00 DH

1/ Plavix 75: 1 g x 2 / 5 j + 01 mo  
ps 1 g / 5

2 x 100

alicylique  
2770 DH  
V: 27,70 DH  
Bayer S.A.

2/ cardioaspirine: 1 g / 5

9 x 142,80

142,80

142,80

155,90

155,90 DH

3/ Pantoprazole 40: 1 g / 5

4/ LODOR 40mg: 1 g / 5

5/ Exforge 80/5: 1 g / 5

PHARMACIE WATO

153, Rue Habacha

(Bd Day Ould Sidi

Derb Ghellaf - Casa

Tél: 0522 25 16 07

Dr. CHAACHOUI Najia  
Cardiologue Rythmologue  
314, Rue Mostapha El Maani-Casa  
Tel: 05 22 22 73 43 INPE: 091170162

Urgence 24h/24h

19, Bd Ibnou Sina - Casablanca Tél: 05 22 94 39 33 (L.G) - Fax: 05 22 94 30 22

www.cardiocasaanfa.com - Email: contact@cardiocasaanfa.com - I.C.E. : 001742957000002

Patente: 35806678 - I.F: 1004548 - C.N.S.S.: 6021589 BMCI - Agence Mohamed V - RIB: 013 780 01 104 01384700132 48

19, شارع ابن سينا - الدار البيضاء الهاتف: 05 22 94 39 33 - الفاكس: 05 22 94 30 22

بناتنا: 35806678 - ت ج: 1004548 - ص و ض ج: 6021589 التعريف البنكي: 013 780 01104 01384700132 48





# PHARMACIE WATO (EX M'BIRKOU)

153,day ould sidi baba derb ghalef

DR ADLOUNI ALAMI OUSSAMA

Pharmacien Aromathérapeute

Université de Genève

R.C :315533

T.V.A :

Tél :0522251607

Patente:34704247

C.N.S.S:4622002

Le 03/04/2023

**FACTURE N°563406**

N° ICE : 001560336000065

N° IF : 15204335

**LAAKEL MOHAMED**

Qté	Désignation	Prix Public de Vente PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	EXFORGE 80/5MG /28CP	195,00	195,00		
2	PLAVIX 28CP	316,00	632,00		
2	PANTOPRAZOL GT 40MG 20CP	142,80	285,60	18,68	7,00
1	CARDIOASPIRINE 100 MG BT 30CP	27,70	27,70		
1	LD-NOR 40MG BT 30CP	155,90	155,90		
<div>PHARMACIE WATO 153, Rue Habacha (Bd Day Ould Sidi Baba) Derb Ghalef - Casablanca Tél: 0522 25 16 07</div>					

**TOTAL T.T.C :**

**1 296,20**

Nbr Articles	TVA 7% Base :	285,60	Montant :	18,68	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	--------	-----------	-------	----------------	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Mille Deux Cent Quatre-vingt-seize Dirhams et 20 centimes.