

## 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 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-763140

163499

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2095 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 68 48 10 25 Total des frais engagés : 650, + 6,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27-05-2023

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : entorse

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : de la main (faux mouvement)

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 : 23 JUIN 2023

Le : 23 JUIN 2023

Signature de l'adhérent(e) :



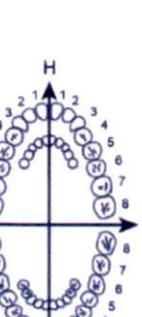
### Adresses Mails utiles

- 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.

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>DRISS SLAOUI</i> 3, AV. Driss Slaoui - 90000 05 22	27.10.2025	<i>DR. GENEVIEVE ANDRE</i> DRF F/P	<i>300,00</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
<i>sofie 23</i>	<i>10/10/1983</i>				<i>190,00</i>

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																			
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																			
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																			
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> (List of treated teeth)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (Coefficient)	INP : <input type="text"/>															
<b>Coefficient des Travaux</b> <input type="text"/>																			
<b>Montants des Soins</b> <input type="text"/>																			
<b>Début d'Execution</b> <input type="text"/>																			
<b>Fin d'Execution</b> <input type="text"/>																			
<b>O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES</b> 	<b>DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																		
	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	00000000		00000000	D		00000000	35533411		11433553	B	G	
	H	25533412	21433552																
	00000000		00000000																
	D		00000000																
	35533411		11433553																
	B	G																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
	<input type="text"/>																		
	<input type="text"/>																		
<input type="text"/>																			
<input type="text"/>																			
<input type="text"/>																			
<input type="text"/>																			
<input type="text"/>																			
<b>Coefficient des Travaux</b> <input type="text"/>																			
<b>Montants des Soins</b> <input type="text"/>																			
<b>Date du Devis</b> <input type="text"/>																			
<b>Date de l'Execution</b> <input type="text"/>																			

Casablanca, le 27/05/2023

EL MOUFID SAADIA

**RX DU GENOU DROIT FACE ET PROFIL**

- Absence de trait de fracture nettement décelable.
- Discrète déminéralisation osseuse diffuse.
- Pincement des interlignes articulaires fémoro tibiaux interne et externe et de l'interligne fémoro patellaire.
- Quelques ostéophytes marginaux des condyles fémoraux, des plateaux tibiaux et de la patella.
- Patella de hauteur normale sur l'incidence de profil.
- Absence d'anomalie des parties molles péri articulaires.

A confronter aux données cliniques.

Merci de votre confiance.

Médecin radiologue\*

**Réanimation intensive • Radiologie polyvalente 24/24**

Casablanca, le 27/05/2023

Facture N° 1235/2023

**Nom patient : EL MOUFID SAADIA**

**Prescripteur : DR EL MOKHTARI ISMAIL**

**Examen(s) réalisé(s) : RX GENOU DTE F/P : 300 DHS**

**Consultation : 350 DHS**

**Montant : 650 DHS**

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :**

**SIX CENTS CINQUANTE DIRHAMS .**

*DR EL MOUFID SAADIA  
CLINIQUE ANDALOUSS  
19, AV. JANE D'ARC  
Tél. 05 22 36 27 27*

**Réanimation intensive • Radiologie polyvalente 24/24**

19, Bd, Driss SLAOUI (Ex Temara) - Anfa - Casablanca - Fax: 05 22 39 39 43 - Tél: 05 22 36 27 27 (L.G) - الهاتف : 05 22 36 27 27 - العنوان : 19

E-mail: andalous.clinic@gmail.com - IF : 01004447 - CNSS : 6234752 - Patente : 35605793

Facture: VFE23-0092052

CASABLANCA Le, 29/05/2023

DEPOT GHANDI

Agent commercial : AYOUB.316

Mode de règlement :

TPE : 490.00

ICE CLIENT :

INP CLIENT :

N° CLIENT : C23-0025567

MME EL MOUFLIH SAADIA

0000000000

Code Article	Code TVA	Désignation	Qté	P.U.TTC	Remise %	P.U. Net .TTC	Montant TTC
2370G3	20	GENOUILLERE GENU DYNASTAB GRIS T3	1	490.00	0	490.00	490.00

Code	Base	Taux	Montant
20	408.33	20	81.67
<b>Total</b>	<b>408.33</b>		<b>81.67</b>

**Total HT 408.33****Total TVA 81.67**

Arrêtée la présente Facture à la somme de

TTC:

**Total TTC 490.00****QUATRE CENT QUATRE-VINGT-DIX  
DIRHAMS**


LOCAMED SERVICE S.A.R.L.  
 Non Valide pour toute autre utilisation  
 Vente en Magasin (en ligne)  
 60, Boulevard Ghandaïd - CASABLANCA  
 Tél: 05 22 86 22 22 / 05 22 94 20 40

26105123

π → EL ΠΟΥΦΛΗ - Saadia

2) Dolipran 79  
440 x 31;

2) Voltamme nre  
Δ App x 2 (

Dr. ISMAIL EL MOKHTARI  
Anesthésie Réanimation

Réanimation intensive • Radiologie polyvalente 24/24

Clinique jumelée au centre  
européen de chirurgie endoscopique  
jeanne d'arc de lyon



مصحة متواصة بالمركز  
الأوربي للجراحة الاندوسكوبية  
جان دارك بليون

27/10/23

نـ EL MOUFLIH Saadia

R x Génou F, P



### Réanimation intensive • Radiologie polyvalente 24/24

19, Bd, Driess SLAOUI (Ex Temara) - Anfa - Casablanca - Fax: 05 22 39 39 43 - Tél : 05 22 36 27 27 (L.G) - الماكس : 19، شارع ادريس السلاوي (شارع سانيا) - أنفا - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 36 27 27 (L.G) - الماكس : 19

E-mail : andalous.clinic@gmail.com - IF : 01004447 - CNSS : 6234752 - Patente : 35605793



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

## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le ..... / ..... /20....

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 2095 E-mail : 2095@etu.utm.tn Phones : 123456789

Nom et Prénom de l'adhérent : EL MOUFLI H Saadi

## A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : .....

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M..... El Noufliha Saadia.....

Nécessite une consultation avec une autre personne pour établir une diagnose.

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) .....

Une hospitalisation de (approximatif) Par st' hospitalisation

Une hospitalisation de (approximatif) ... For a hospitalization

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

Cachet, date et signature du praticien

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

## Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.