

## 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
- 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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-828087

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : Royal Air Maroc

Matricule : 13468 Société : Royal Air Maroc

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** : 186132

Nom & Prénom : EL OUBRI SARA

Date de naissance : 08-01-1995

Adresse : Lot 4 Résidence Oca app 15 étage 15ème étage - Delha

Tél. : 0639869131 Total des frais engagés : 653,55 Dhs

Cadre réservé au Médecin : Dr. Saad ALAMI LOUATI

Cachet du médecin : Chirurgie Générale et Digestive  
Chirurgie Endoscopique  
Proctologie  
+212 661 23 77 43 / +212 666 66 39 89

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Peu de douleur

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) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-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 Honoraires
14/11/2023	C.S. Pharmacie	457,75	INP: 102098530	
20/11/2023	G			

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/11/2023	1666,73

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

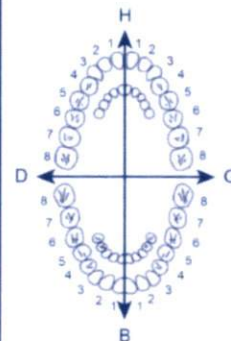
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

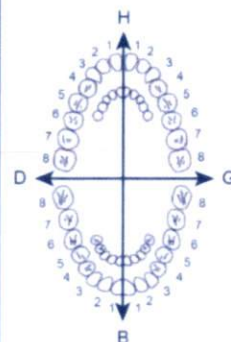
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# VOLET ADHERENT

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



# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Exp: 10/25  
 7105  
 BIODEX MAROC  
 PPV 67.00 DH  
 LOT: 3900  
 PPV:  
 LOT:  
 PER:



Temara, le : 28/4/22

Sans EL Overbi

① Emulsion Cipriate

Lepa x 2/c

② Nuro 22 4ro

Dr. Saâd ALAMI LOUATI  
 Chirurgie Générale et Digestive  
 Chirurgie Coelioscopique  
 Proctologie

+212 661 23 77 43 / +212 666 65 39 8



Temara, le :

14/11/2023

Saïd EL euerbi

67,00 ultrasonne rectal

~ 52 36

98,80 vesicule 160

165,80 ~ 40 x 315

PHARMACIE INTERNATIONALE DE TEMARA  
 N°31, Avenue Amina Bent Wafak  
 Wefak II Témara  
 Tél/Fax: 05 37 64 59 72

**Dr. Saâd ALAMI LOUATI**  
 Chirurgie Générale et Digestive  
 Chirurgie Coelioscopique  
 Proctologie  
 +212 661 23 77 43 / +212 661 66 39 89





## ANNEXE PHARMACIE

Nom patient	EL OUERBI SARA	N° Facture :	1 250	3K0228-01A
-------------	----------------	--------------	-------	------------

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
BETADINE 125 ML SOLUTIO (01)	1	25,00	25,00
COMPRESSE 10*10 P10 (01)	2	6,75	13,50
SPARADRAP URGODERM 5*10 (10)	2	5,25	10,50
VICRYL RAP 3/0CT 3/8C 24MM (01)	1	108,75	108,75
Sous-Total consommable médical			157,75
Total pharmacie			157,75

(\*) Conditionnement hospitalier



# POLYCLINIQUE WIFAK

## F A C T U R E

N° Admission : 23K0228-01A

N° 1 250 / 2023 du 14/11/2023

Nom patient	EL OUERBI SARA	Entrée 14/11/2023	Sortie 14/11/2023
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION (URG)	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
PHARMACIE	1,00		157,75	157,75
			Sous-Total	157,75
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>457,75</b>

	<b>Total général</b>	<b>457,75</b>
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>		
QUATRE CENT CINQUANTE-SEPT DIRHAMS SOIXANTE-QUINZE CENTIMES		

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	457,75				457,75	0,00

