

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



**MUPRAS**

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

## Déclaration de Maladie

N° W21-794325

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

01859

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

ANBI Mohamed

Date de naissance :

01.01.1949

Adresse :

Rue G. de G. 62 Lot ATTADAMOUNE

Tél. :

06.63.66.84.10

Total des frais engagés :

#628,90

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

Age :

☐ Enfant

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

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 24 / 02 / 2024

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

INP : \_\_\_\_\_

<p><b>PHARMACIE RESIDENCE ANNAM</b>  <b>Siham GUERRAQUI</b>  <b>Docteur en Pharmacie</b>  <b>4, Résidence Annam Oulfa,</b>  <b>Tel.: 020.69.43.00 - Casablanca</b></p>		<p><b>EXÉCUTION DES ORDONNANCES</b></p>
<p>Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur</p>	<p>Date</p>	<p>Montant de la Facture</p>
<p>02/10/24</p>	<p>02/10/24</p>	<p>628.90</p>

Siham GUERRAQUI  
 Montant de la Facture  
 Dotation Pharmacie  
 Résidence Anoual Ouffa...  
 : 428.69.33.00 - Casablanca

1. 628.95

[illegible]

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

[illegible]

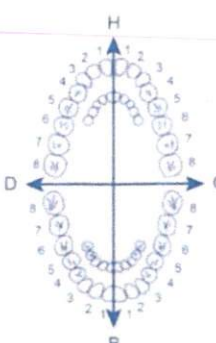
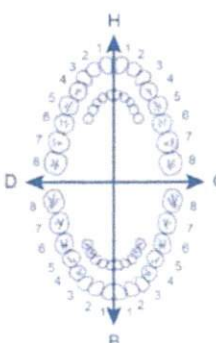
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canalaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px;"></span>
				Coefficient des Travaux <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>
				Montants des Soins <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>
				Début d'exécution <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>
				Fin d'exécution <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="text-align: center;"> H  255334112    21433552  00000000    00000000  D ————— G  00000000    00000000  355334111    11433553  B </div>			Coefficient des Travaux <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>
	(Création, remont, adjonction) <small>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</small>			Montants des Soins <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>
				Date du devis <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.**

INP: | | | | | | | | | |

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM  
RESIDENCE ANNAIM ME4 OULFA CASABLANCA

R.C :

Patente:36030100

T.V.A :

C.N.S.S:6304638

Tél :022 89 43 09

Le 24/02/2024

FACTURE N°553826

N° ICE : 000500237000075

ANBI MOHAMMED

N° IF :

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
2	CIVASTINE 10 MG/28COMP	70,00	140,00		
1	ZYLORIC 200MG COMP	29,20	29,20		
1	ZYLORIC 200MG COMP	31,30	31,30		
1	LIPANTHYL 160 MG 30 CP	116,80	116,80		
2	APROVASC 150/5 MG	155,80	311,60		

LOT 232779  
EXP 09 2027  
PPV 29.20 DH

LOT 231793  
EXP 05 2027  
PPV 31.30

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
APROVASC 150mg/5mg B28  
Cp Pel  
PPV : 155,80 DH  
6 118001 082025

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
APROVASC 150mg/5mg B28  
Cp Pel  
PPV : 155,80 DH  
6 118001 082025

PPV:70DH00  
PER:09/25  
LOT:M3067

PPV 70DH00  
PER 09/25  
LOT M3067

Laboratoires MAPHAR  
Boulevard ALKIMIA N°6  
Quartier Industriel,  
Sidi Bernoussi - Casablanca  
Maroc  
PPV : 116,80 DH  
6 118001 181636

PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM  
Boulevard ALKIMIA N°6  
Quartier Industriel,  
Sidi Bernoussi - Casablanca  
Maroc  
Tél.: 022.89.43.09 - Casablanca

TOTAL T.T.C :

628,90

Nbr Articles

TVA 7% Base :

Montant :

TVA 20% Base :

Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Six Cent Vingt Huit Dirhams et 90 centimes.