

RECOMMANDATIONS 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.

Pathologie 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.

Reéducation :

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.

Prothèse 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

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° P19- 0043071

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **79 07**

Société : **RAAT**

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : **TIKAT Othman**

Date de naissance : **03-06-85**

Adresse : **Rue 66 N° 100 Azhari
I Souffia Casablanca**

Tél. : **060087715**

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **28/09/2019**

Nom et prénom du malade : **Babouche Asmaa**

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : **Néoplasme 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) :

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
28/12/2021		3	300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE SOPHIA 1755, route des Dolines - Centre médical 06560 VALBONNE SOPHIA ANTIPOLIS 10 MARS 2022	10.03.2022	46,87 €

Dr Marine FOSSEY
Tél. 04 93 65 45 89
Finess 062029736
Fax 04 93 65 24 05

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	28/12/2021	40	600,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canaux, ainsi que le bilan

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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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'EXEC



28/12/2021

Pr. A. Acharki

Onco-Radiothérapeute

Dr. O. Alami

Onco-Radiothérapeute

Dr. H. El Boussairi

Onco-Radiothérapeute

Pr. A. Benider

Onco-Radiothérapeute

TPA: Mardi AM / Vendredi AM

Pr. S. Sahraoui

Onco-Radiothérapeute

TPA: Lundi AM / Jeudi AM

Pr. N. Benchakroun

Onco-Radiothérapeute

TPA: Mardi AM / Vendredi AM

Pr. Z. Bouchbika

Onco-Radiothérapeute

TPA: Lundi AM / Jeudi AM

Dr. S. Mouafik

Onco-Radiothérapeute

Dr. C. Lahmamssi

Onco-Radiothérapeute

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

1 - Aromazine

1 cp / j x 3 mois

PHARMACIE DE SOPHIA
1755, route des Dolines - Centre médical
06560 VALBONNE SOPHIA ANTIPOLIS
10 Mars 2022

Dr Marine FOSSEY
Tél. 04 93 65 45 89

Finess 062029236
Fax 04 93 65 24 65

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



Pr. A. Acharki
Onco-Radiothérapeute

Dr. O. Alami
Onco-Radiothérapeute

Dr. H. El Boussairi
Onco-Radiothérapeute

Pr. A. Benider
Onco-Radiothérapeute
TPA: Mardi AM / Vendredi AM

Pr. S. Sahraoui
Onco-Radiothérapeute
TPA: Lundi AM / Jeudi AM

Pr. N. Benchakroun
Onco-Radiothérapeute
TPA: Mardi AM / Vendredi AM

Pr. Z. Bouchbika
Onco-Radiothérapeute
TPA: Lundi AM / Jeudi AM

Dr. S. Mouafik
Onco-Radiothérapeute

Dr. C. Lahmamssi
Onco-Radiothérapeute

Me Babakar Aouma.

*Mes phos du feni dr opère
Raten, Dr*

Feloussine abalpeu

RADIOLOGIE MAARIF
BERRABA M. BENYAHIA Z.
17, Rue Mohamed Bahi
Tél : 0522 25 74 82
Fax : 0522 23 77 05

Pr. Abdellkader ACHARKI
Oncologue Radiothérapeute
Tél : 091157321
Ryad Oncologia Clinic

CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF

Dr. BERRADA M.
Radiologue

Dr BENYAHIA Z.
Radiologue

Domiciliation bancaire : Compte N 013 780011 20 000183001 43 48 BMCI Agence Val d'Anfa-casa
Patente : 34770967 I.F 1087675 ICE : 001745076000019

Casablanca, le 28/12/2021

Facture

Nom & Prénom : **BABALAHCEN ASMAA**

Date d'examen : 28/12/2021

Examen(s)	
ECHOGRAPHIE ABDOMINO PELVIENNE	
Montant TOTAL	600 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
SIX CENTS DH

RADIOLOGIE MAARIF
BERRADA M. BENYAHIA Z.
17, Rue Med. Bahi
Tél : 0522.25.74.82
Fax : 0522.23.77.05



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

Page 1 / 1

FACTURE

N°4580

Du 10/03/2022

Date de l'échéance 11/03/2022

BABALAHCEEN Asma

06560 VALBONNE

Opérateur: clothilde v

Désignation Code produit	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total TTC
AROMASINE 25MG CPR BT 30 3400935279668 N° Lots : FN2085	1	45,906	2,10%	46,87

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
45,91	2,1% (4)	0,96	46,87
Total HT		Total TVA	Total TTC
45,91		0,96	46,87

Mode(s) de règlement

Espèces

46,87

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

Dr Marine FOSSEY
Tél. 04 93 65 45 89

Flores 062029236
Fax 04 93 65 24 65

10 MARS 2022
RÉGUE

(u) indique les quantités unitaires

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