

# **COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS**

## **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 durée 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, interventions 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.

## **Facture :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.  
Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **Biologie 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.  
Le pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## **Ordonnance :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **Entente préalable :**

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducation.  
Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## **Prothèse :**

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

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



**MUPRAS**

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

**Déclaration de Maladie : N° P19- 0008623**

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 2898 Société : Royal Air Maroc  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : TAGIL Abdelhakim Date de naissance : 18-02-1946  
Adresse : Boulevard Filal - Rte d'Azemmour - Casablanca  
Tél. : 0521-92345 Total des frais engagés : 2072,30 Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

DR. OUMER BEN HAYOUN  
Spécialiste en pathologie cardiovasculaire  
Rue Moussa Bnou Noussatr 1<sup>er</sup> Etage - Casa  
Tél : 0522 261 151 Fax : 0522 28 20 14  
GSM : 0661 43 05 60

Date de consultation : 06 AVR 2022

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : 1<sup>er</sup> + 2<sup>ème</sup> + 3<sup>ème</sup>

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 : CASA Le : 14 / 04 / 2022

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
06 AVR 2022	G		G	

Dr. Ghita BACHOU  
Spécialiste en Pathologie Cardiovasculaire  
82, Rue Moussou Moussou  
Tel: 0522 260 230 Fax: 0522 260 230  
GSM: 0661 43 05 60

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie BADIA Résidence LA COMBE EQ 3 Zone 3 H. d'Azemou Tel: 02 20 35 73 - CAS		T = 1772,30

## 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				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	



BOTTU SA  
PPV : 152 DH 50



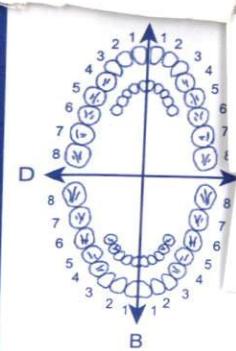
BOTTU SA  
PPV : 152 DH 50



BOTTU SA  
PPV : 152 DH 50



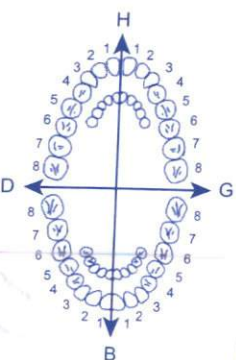
BOTTU SA  
PPV : 152 DH 50



Date de fabrication :  
A consommer de préférence avant fin :  
N° de lot :  
PPC = 95,00 DHS

Date de fabrication :  
A consommer de préférence avant fin :  
N° de lot :  
PPC = 95,00 DHS

## O.D.F PROTHESES DENTAIRES



## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

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



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Des	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Pharmacien fournisseur	Date	Montant de la Facture
		T = 1772,30

# 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				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	



BOTTU SA  
PPV :152 DH 50



BOTTU SA  
PPV :152 DH 50



fi-aventis Maroc  
de Rabat - R.P.1  
à Casablanca  
150mg/12,5mg  
134,30 DH  
8001 081028



fi-aventis Maroc  
de Rabat - R.P.1  
à Casablanca  
150mg/12,5mg  
134,30 DH  
8001 081028



fi-aventis Maroc  
de Rabat - R.P.1  
à Casablanca  
150mg/12,5mg  
134,30 DH  
8001 081028



Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280



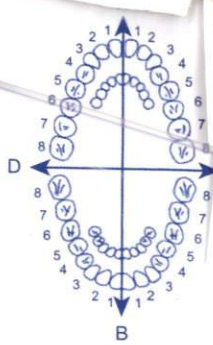
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280



Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280



Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280



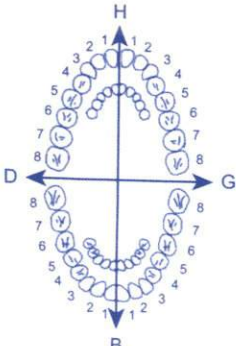
A consommer de  
préférence avant fin :  
N° de lot :  
PPC = 95,00 DHS

A consommer de  
préférence avant fin :  
N° de lot :  
PPC = 95,00 DHS

A consommer de  
préférence avant fin :  
N° de lot :  
PPC = 95,00 DHS

A consommer de  
préférence avant fin :  
N° de lot :  
PPC = 95,00 DHS

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

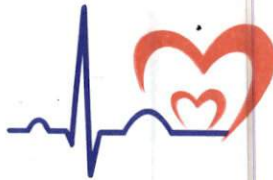
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Dr. Ghita BENHAYOUN**

Spécialiste en pathologie cardiovasculaire  
D.I.U Echocardiographie  
de la Faculté Victor Segalen Bordeaux II  
D.U cardiologie pédiatrique  
de la Faculté René Descartes Paris V



**د. غيثة بن حيون**

اختصاصية في أمراض القلب و الشرايين  
دبلوم الفحص بالصدى بكلية بوردو II  
دبلوم أمراض القلب عند الأطفال بكلية باريس V

Casablanca, Le : **06 AVR 2022**

MR Tadili Abdelmounaim

$2770 \times 4 = 110,80$   
1) Cardasone 100 -

0 - 1 - 0

$152,50 \times 4 = 610,00$   
2) Diltazem 25 -

$134,30 \times 8 = 681,50$   
3) Coapritel 100 1/2 15

1 - 0 - 0

$95,100 \times 4 = 380,40$   
4) Extramag 1

T: 1772,30

82, Rue Moussa Ibnou Noussair, 1er étage, Casablanca

Tél : 05 22 260 250 / 05 22 48 20 14 • Fax : 05 22 48 20 14 • GSM : 06 61 43 05 60 • ghitabenhayoun@yahoo.fr





# PHARMACIE BADIA

EQ3,zone: 3 route d 'azemmour,CASABLANCA

R.C :39005

Patente:35631136

T.V.A :

C.N.S.S:6719530

Tél :0522. 91. 38 .73

Le 08/04/2022

**FACTURE N°47**

N° ICE : 001840314000063

**TADILI ABDELMOUNAIM**

N° IF : 25082533

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Brut Unitaire	% Remise	PPV NET Remisé	Total BRUT	Total REMISE	Total NET TTC	Dont TVA	% Taux
4	CARDIOASPIRINE CO 100MG 30U	27,70	0,00	27,70	110,80		110,80		
4	DILATREND CO 25MG 30U	152,50	0,00	152,50	610,00		610,00		
5	COAPROVEL CO 150/12,5MG 28U	134,30	0,00	134,30	671,50		671,50		
4	EXTRA MAG	95,00	0,00	95,00	380,00		380,00	63,33	20,00
		BRUT TTC		1 772,30	- Remise	0,00	= NET TTC		1 772,30

Pharmacie BADIA  
Résidence LA CORNICHE  
03 Zone 3 route d'azemmour  
0522. 91. 38. 73 - CASABLANCA

Nombre d'Articles : 4

TVA 7% Base :

Montant :

TVA 20% Base :

316,65

Montant

63,33

Arrêté la présente facture à la somme de :

Mille Sept Cent Soixante-douze Dirhams et 30 centimes