

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

193683

**Déclaration de Maladie**

M23- N° 0041845

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1437 Société : talq détail PM.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELBATAKH FATIHA

Date de naissance : 6-2-61

Adresse : 09 Rue ABI SARAH La Matte Casa

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. RACHIDI BERRIL**  
Médecin Assermenté  
Expert Auprès les Tribunaux  
0, Boulevard Grande Ceinture  
77, Mohammed VI Casablanca

Date de consultation : 21/12/24

Nom et prénom du malade : El Batakh Fatima

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

Nature de la maladie : Maladies chroniques

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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
24/12/23	5	13	900	
19/11/23	5		1000	

# EXECUTION DES ORDRES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NOON Rue Zineb Ismail Quartier La Ville - Casablanca Tél: 05 22 63 71 82	19/12/23	96,10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et/ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE AL MOUADIN DR. ALI MOUADIN Rue Zineb Ismail Quartier La Ville - Casablanca Tél: 05 22 63 71 82	21/12/23	2175	1750,00
INPE: 091114413			

# AUXILIAIRES MEDICAUX

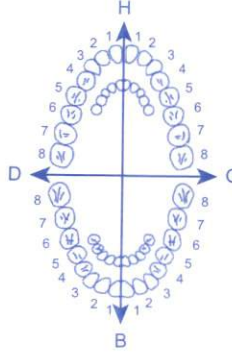
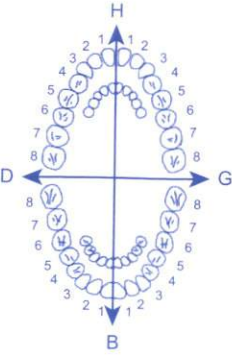
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV
CLINIQUE VILLE VERTE Casa Green Town, Villa Verte Bouskoura - Casablanca Tél: 05 22 51 23 23 - 06 67 57 57 57	21/12/23	infusion pharmacie			288,59

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Casablanca le, 19/12/2023

Urgences 24h/24

Médecine

Chirurgie

Réanimation

Radiologie

Cardiologie  
interventionnelle

Maternité

Réanimation  
Néonatale

Hémodialyse

- El Bakkh Fatiha

40,00

1) Néofortan cp 80mg

44,80 2cp 13j

2) Eucarbon 2cp x 3j

11,30 2cp x 3j

3. Vigor

96,10 1 sup (avant repas)

**CLINIQUE VILLE VERTE**  
Casa Green Town, Villa Verte  
Bouskoura - Casablanca  
Tél.: 05 22 51 23 23 - 06 67 57 57 57  
**CLINIQUE VILLE VERTE**  
Rue Zineb el Fakhri  
Quartier La Ville Verte Casablanca  
Tél.: 05 22 51 23 23

LOT: 130  
EXP: 03-2027

Laboratoires SOTHEMA  
CARBOSYLANE  
Boîte de 48 gélules (24 doses)  
PPV 44.80 DH



6 11800 070886

NEOFORTAN® 40 mg

PPV 40DH00  
EXP 04/2026  
LOT 31017 2

LOT: 230702  
PER: 05-2026  
PPV: 11,30DH



# CLINIQUE VILLE VERTE

EL SAN  
TEL : 0522 51 23 23  
TEL : 0667 57 57 57

## F A C T U R E

N° 6 576 / 2023 du 19/12/2023

Nom patient	EL BATTAKH FATIHA	Entrée 19/12/2023	Sortie 19/12/2023
Prise en charge	PAYANTS		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION EN URGENCE RÉANIMATEUR DE G	1,00		400,00	400,00
PERFUSION	1,00		200,00	200,00
			Sous-Total	600,00
PHARMACIE	1,00	PH	88,59	88,59
			Sous-Total	88,59
Total Frais Clinique				688,59

	Total général 688,59
Arrêtée la présente facture à la somme de : SIX CENT QUATRE-VINGT-HUIT DIRHAMS CINQUANTE-NEUF CENTIMES	

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	688,59				688,59	0,00

CLINIQUE VILLE VERTE  
Casa Green Town, Villa Verta  
Bouskoura - Casablanca  
Tel.: 05 22 51 23 23 - 06 67 57 57 57