

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.

Diologie 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 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- 058301

ND: 49919

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1057 Société : RSM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité

Nom & Prénom : LIAIKEL Mohamed

Date de naissance : 11/11/1948

Adresse : 50 Rue Hassan de Vng Cas

Tél. : 0618138907 Total des frais engagés : 570,8 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint ☐ 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.



En soussigné, Monsieur / Madame / Mlle, je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Cas

Le : 2 / 12 / 2020

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/12/2020	570,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

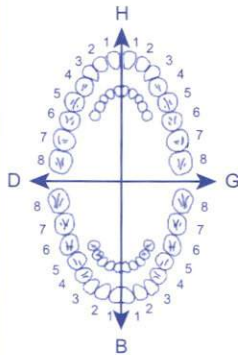
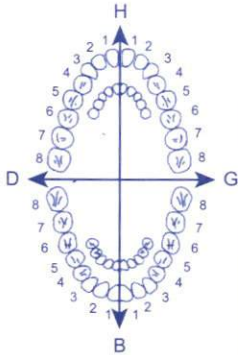
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 d

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 H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 B 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Docteur Ahmed FAROUQI

Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie
et Maladies de la Nutrition

Ancien Chef de Service d'Endocrinologie au CHU de Casablanca

Ancien Professeur à la Faculté de Médecine de Casablanca

Lauréat de la Faculté de Médecine de Lyon

الدكتور أحمد الفاروقي

أخصائي في أمراض الغدد والسكري
وأفراض التغذية

ئيس سابق بمصلحة أمراض الغدد بالدار البيضاء

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

خريج كلية الطب بليون

Casablanca, le 02 NOV. 2020

M

CAACER M

550,00



PHARMACIE WATO
153, Rue Habacha
(Bd Day Ould Sidi Baba)
Derb Ghellaf - Casablanca
Tel. 0522 00 18 07

- Gardiennage long

2x10,40



1 y / h

- Net famille soc

1 y + 2 / h

travail de jour

570,80

Prof. Ahmed FAROUQI
Endocrinologue - Diabétologue
187 Bd Abdelmoumen 27 - Casablanca
Tél.: 05 22 20 07 03 - 05 22 20 07 03
Fax: 05 22 20 07 03 - 09 10 28 14

Espace Walili 187, Bd Abdelmoumen, 7ème étage, N°27. Casablanca - Tél.: 05 22 20 07 03 / 05 22 20 75 76

05 22 20 75 76 / 05 22 20 07 03 : الهاتف - الدار البيضاء - الرقم 27 - الطابق 7، شارع عبد المومن، 187، إقامة وليلي

E-mail : endocrino.diabeto87@gmail.com : البريد الإلكتروني



PHARMACIE WATO (EX M'BIRKOU)

153,day ould sidi baba derb ghalef

DR ADLOUNI ALAMI OUSSAMA

Pharmacien Aromathérapeute

Université de Genève

R.C :315533

T.V.A :

Tél :05222 5607

Patente:34704247

C.N.S.S:4622002

Le 02/12/2020

FACTURE N°449388

N° ICE : 001560336000065

N° IF : 15204335

LAAKEL MOHAMED

Qté	Désignation	Prix Public de Vente PPV Unitaire	Total BRUT		Dont TVA	% Taux
2	METFORMINE WIN500MG BT 30CO	10,40	20,80			
1	JARDIANCE 10MG 30CP	550,00	550,00		35,98	7,00
1180011041077 Jardiance 10 mg (Empagliflozine) 30 comprimés pelliculés J.S.A. LOT : 20E013 PER: 05 2023 METFORMINE WIN 500MG CP PEL B30 P.P.V : 10DH40 6 1180001062127 METFORMINE WIN 500MG CP PEL B30 P.P.V : 10DH40 6 1180001062127 PHARMACIE WATO 153, Rue Habacha (Old Day Ould Sidi Baba) derb Ghellaf - Casablanca Tél : 0522 25 16 07		TOTAL T.T.C :		570,80		

Nbr Articles

TVA 7% Base :

550,00

Montant :

35,98

TVA 20% Base :

Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :
Cinq Cent Soixante-dix Dirhams et 80 centimes.