

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.

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.
- 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

- 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° P19-0036290

N° 20519

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1071 Société : RAN
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :
 Nom & Prénom : TOULAMA-FARESS
 Date de naissance : 14-10-51
 Adresse : Res AL Badr IMM 3 NR 3 GH 11, Ben Mous
 Tél. : 06 65 99 39 73 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR HASSAN CHEFFI
Médecin Généraliste
Rue 23, N° 69, Hay El Qods en face
Mosquée Fatima Zahra - Sidi Bernoussi
CASABLANCA - Tél. : 022.73.78.51

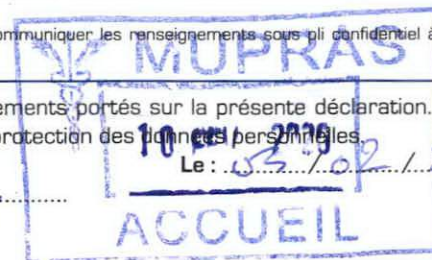
Date de consultation : 3/02/2020
 Nom et prénom du malade : FARESS TOULAMA
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HTA - Diabète
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : CASABLANCA Le : 03/02/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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
31/02/2022			15000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la facture

03/04/2022

5000

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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

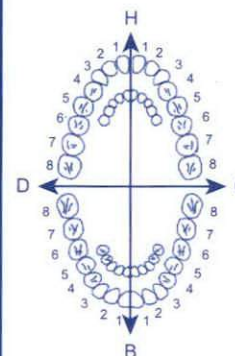
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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

21433552

00000000

00000000

00000000

00000000

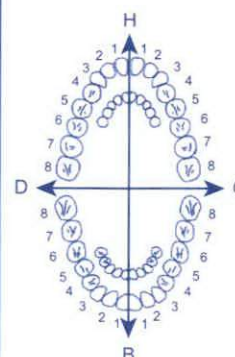
35533411

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 Hassan CHEFFI

Médecine Générale

Diplômé en Echographie
de l'Université de Montpellier

الدكتور حسن الشَّفي

الطب العام

دبلوم في التشخيص
العلمي بالصدى جامعة مونتيلي

LOT : 19E002
PER.: 11/2020

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



LOT : 19E002
PER.: 11/2020

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



Casablanca, le

31/02/2020

LOT : 19E001
PER.: 10/2020

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



FARESS

Toulam

63, 30x3 Tita Zide 10/25

44, 70x4 Dimicron 60mg

35, 70x3 Kardegic 160

120

131

midic 430

On Call Rhy

On

On

On

Rue 23 N° 69 - Hay El Qods (en face Mosquée Fatma Zahra) - Casablanca

05 22 73 78 51

44,70

63,30

44,70

44,70

63,30

63,30

44,70



Pharmacie KAWNOUKA

Dr. Kamilia REYAD

Résidence Al Badr, GH 14, Imm 2, N°1

Ahl Loughlam SIDI MOUMEN

CASABLANCA

Tel/fax: 05 22 74 06 35

Mail: kawnouka@outlook.com

FACTURE N° 2833

Casablanca, le 03/02/2020

MR FARESS TOULAMA

Qté	Désignation	PPV unitaire TTC	TOTAL TTC en DH
1	ON CALL PLUS BANDELETTE/25	120,00	120,00
	TOTAL TTC		120,00

Arrêté la présente facture à la somme **TRENTE DIRHAMS**.

Pharmacie KAWNOUKA
Dr Kamilia REYAD
Résidence Al Badr GH 14, Imm 2, N°1
Ahl Loughlam Sidi Moumen - Casablanca
Tél/fax: 05 22 74 06 35 / GSM: 06 61 26 26

♦ PHARMACIE KAWNOUKA ♦
Taxe professionnelle: 37161256

RC: 411307 - CNSS: 9673337 -
IF: 14476365- ICE: 001830693000064