

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.

Diagnostique 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 Étage 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- 062032

59777

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1071 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TOULAMA-FARESS

Date de naissance : 14-10-51

Adresse : AL B. dr. GHM. P. 4/4, n° 3 AL Oude, Benyou, Casablanca

Tél. : 0665993973 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr HASSAN JEFFI
Médecin Généraliste
Rue 23 n° 69, Hay El Oude en face
Mosquée Fatima Zahra - Sidi Bernoussi
CASABLANCA Tél. : 07 78 51

Date de consultation : 10/02/2021

Nom et prénom du malade : TOULAMA-FARESS

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

Nature de la maladie : Bronchite

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 : 16/02/2021

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
10/02/2021			150 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE GUESSOUS DR GUESSOUS WAFIA Rue 23 N° 67 Hay Al Qods Tél.: 0522 73 78 28 Casa	10/02/2021	457.65

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	
10/02/2021				2IM		20 DH

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

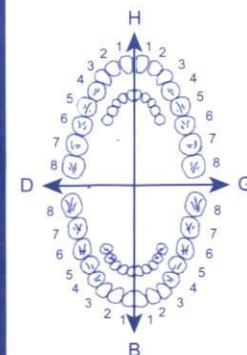
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Docteur Hassan CHEFFI

Médecine Générale

Diplômé en Echographie
de l'Université de Montpellier

الدكتور حسن الشفي

الطب العام

دبلوم في التشخيص
العلمي بالصدى جامعة مونتيلي

PHARMACIE GUESSOUS
Rue 23 N° 67 Hay El Qods
Tel.: 0522 73 78 28 Casablanca

Casablanca, le 10/02/2021

TOULAMA Fares

2x 106,80 Triaxon 15 R1
1IM h2

38,80 Muxol 4.0
Lassa 3

116,00 Zamox 15 7.0
15 x 2 8

14,00 Delt 1 7.0
1u x 2

74,20 Amel 7.0

زنته 89 في حي القدس (أمام مسجد اللافاطمة الزهراء) سيدي البرنوصي - الدار البيضاء

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

الهاتف: 05 22 73 78 51

Dr Hassan CHEFFI
Médecin Généraliste
Rue 23 N° 69 Hay El Qods en face
Mosquée Fatima Zahra - Sidi Bernoussi
Tel.: 0522 73 78 51
CASABLANCA

75,20

AMEP® 10mg ○
28 comprimés



6 118000 081784

ZAMOX® Adulte
AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE
1g/125mg

16 SACHETS



6 118000 041160

PPV: 116DH00
PER: 08-23
LOT: J2235

6 118000 081258

LOT: R-06-4
PER: 06-2023
PPV: 106, 80DH

مدة استخدام الدواء 4 أيام

TRIAxon® I.M.
1g/3,5ml

Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081258

COOPER
PHARMA

LOT: R-02-5
PER: 04-2023
PPV: 106, 80DH

756.135.06.16

LOT N° :

UT. AV :

38,80

MUXOL®
Amikroxol

Solution buvable - 250 ml



6 118000 080572

PPV: 14DH00
PER: 11/23
LOT: J3035

Doliprane® 1000 mg
PARACETAMOL
10 Comprimés

