

## 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.

### 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 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

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° W21-679604

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8783 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EL KASSIMI MOHAMED  
 Date de naissance : 22/12/1966  
 Adresse : 8 RES ESSALAM BOUM RABIA  
 MAZOUA HA CASABLANCA  
 Tél. : 0661157676 Total des frais engagés : 72100 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ATMANI Najat  
CARDIOLOGUE  
90P Cite Essalam Eto RDC  
App 4 GH2 - Oulfa - CASABLANCA  
Tél: 05 22 65 35 35

Date de consultation : 20/01/2022

Nom et prénom du malade : Varices Age : 56

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.

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

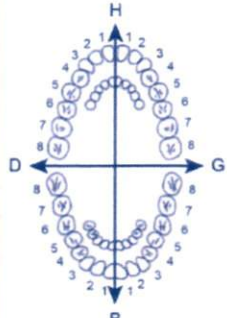
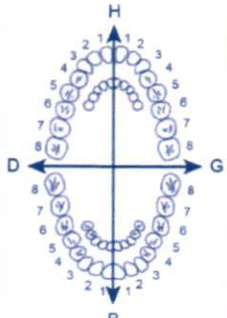


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20/05/22				INP : 991193623

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DAR EL KENZ DR. RIDDA RAJAA Résidence Dar El Kenz 101-1 Imr. B3 - DAR BOUAZZA Tél : 09 20 13 28 69 INPE : 92104645	21/05/22	729,00

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.												
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>								
				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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			G		00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	G											
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

**CABINET DE  
CARDIOLOGIE**



**عيادة أمراض  
القلب و الشرايين**

**Dr ATMANI Najat**

**05 22 65 35 35**

**ORDONNANCE**

Casablanca, le 20/05/2022

338x2  
= 660, -  
Yekasshi yel  
bas le Contour  
Jeu foudre  
d'arts

Isfhar 1000 mg

INPE: 092104545  
Tél: 05 20 13 28 69  
Résidence B2 - DAR BOUAZZA  
DR. BIDA RAJAA  
PHARMACIE DAR EL KENZ

69,00

Raxilim 1000 mg

729,00

**Dr. ATMANI Najat**  
CARDIOLOGUE  
9 Op Cite Essalam Etg RDC  
Appt 4 GH2 - Oulfa - CASABLANCA  
Tél: 05 22 65 35 35

LOT : 201689

UT AV : 02/2023

PPV : 69,00DH

9 Op Cite Essalam Etg rd

Tél.: 05 22 65 35 35 - E-mail : najataatmanizu@gmail.com

**Facture N° 20220613-778**

Date de vente : 21/05/2022  
Médecin traitant :

**EL KASSIMI MOHAMED**

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
THUASNE VENOFLEX CITY CONFORT COTON MI-BAS HOMME T3L NOIR REF 5329	2	330,00	TVA (20.00%)	660,00

Total HT	550,00 DHS
TVA	110,00 DHS
<b>Total</b>	<b>660,00 DHS</b>

**Arrêté la présente facture à la somme de : six cent soixante DHS**

PHARMACIE DAR EL KENZ  
DR. BIDA KAJAA  
Résidence Dar El Kenz  
101-1 km E2 - DAR BOUAZZA  
Tél : 05 20 13 28 69  
INPE : 092104645

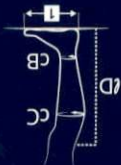


# VENOFLEX CITY CONFORT COTON

CC (cm)	CB (cm)	
30 - 35	19 - 21	1
32 - 38	21 - 24	2
34 - 42	24 - 26	3
37 - 46	26 - 29	4

Pointure : 38/46 (UE)

ID (cm) :  
 Normal : ID < 44  
 Long : ID > 44



- en Shoe size: 38-46 (EU) N Regular L Long
- de Schuhgröße: 38-46 (EU) N Normal L Lang
- nl Schoenmaat: 38-46 (EU) N Normal L Lang
- it Taglia del piede: 38-46 (UE) N Normale L Lungo
- es Número de pie: 38-46 (UE) N Normal L Largo
- pt Número do sapato: 38-46 (UE) N Normal L Comprido
- da Skostørrelse: 38-46 (EU) N Normal L Lang
- fi Kenkään koko: 38-46 (EU) N Normaali L Pitkä
- sv Skostorlek: 38-46 (EU) N Normal L Lång
- el Μέγεθος παπούτσιου: 38-46 (EE) N Καβουκιά Μάρκα
- cs Velikost obuvi: 38-46 (EU) N Normální Dlouhá
- pl Numer buta: 38-46 (UE) N Normalne Długie
- lv Pēdas dydis: 38-46 (ES) N Standarta Garas
- it Pēdas dydis: 38-46 (ES) N Standarta Garas
- et Jala number: 38-46 (UE) N Tavamõõd Pikk
- sk Veľkosť: 38-46 (EU) N Normalne Dlhé
- sl Stevilka: 38-46 (EU) N Normalne Dolge
- hu Cipőméret: 38-46 (EU) N Normál Hosszú
- bg Paamep ha obvykatar: 38-46 (UE) N Normal Dълга
- ro Mărimea pantofului: 38-46 (UE) N Normal Lung
- ru Paamep: 38-46 (EC) N Cтандартный Длинный
- hr Veličina: 38-46 (EU) N Normalne Duga
- zh 尺码: 38-46 (欧盟) N 普通 L 长
- ja サイズ: 38 - 46 (24-28 cm) N ノーマル ロング
- ar سایز: 38-46 (EU) N عادي L طويل
- ko 신발 사이즈: 38-46 (EU) N 보통 L 긴

FRANCE ONLY

REF 5329 01  
 53290120300313  
 AQL 3 401042 718023  
 UDI 3111780257653  
 ASQUAL N° : CQ 18-41299  
 2021-07 LOT 1327144 MD  
 (01)03401042719023(10)1327144



FSC®  
 Emballage issu de  
 sources responsables  
 FSC® C096159  
 MIXTE



THUASNE  
 120, rue Marius Auriant  
 92300 Levallois Perret - FRANCE  
 www.thuasne.com

TAILLE - SIZE

CLASSE 2  
 15 - 20 mmHg

3 L

Noir Black

VENOFLEX  
 CITY CONFORT  
 COTON



Ref. 6427408 (2019-09)

# VENOFLEX CITY CONFORT COTON

Chaussettes, bas-cuisse, collants

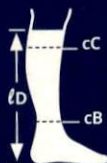
**VENOFLEX**  
CITY CONFORT COTON

Chaussettes, bas-cuisse

**VENOFLEX**  
CITY CONFORT FIL D'ECOSSE

Choisir ses chaussettes de compression médicale

Pointure unique : 38/46



cB : tour de cheville  
(au plus fin)

cC : tour de mollet  
(au plus fort)

lD : hauteur sol -  
sous-genou

Taille	cB (cm)	cC (cm)	Hauteur (cm)
1	19 - 21	30 - 35	Normal : lD < 44
2	21 - 24	32 - 38	
3	24 - 26	34 - 42	
4	26 - 29	37 - 46	Long : lD > 44

Enfiler ses chaussettes VENOFLEX CITY CONFORT COTON, c'est facile



1 Introduire la main  
à l'intérieur de  
la chaussette et  
pincer le talon



2 Insérer le pied  
dans la chaussette  
jusqu'à ce que le talon soit  
parfaitement en place



3 Remonter jusqu'au  
dessous  
du genou



4 Masser la jambe  
pour répartir la  
chaussette de  
façon homogène

Précautions : suivre les conseils du professionnel qui a prescrit le produit. En cas d'inconfort, consulter ce professionnel. Pour des raisons d'hygiène et de performance, une réutilisation de ce dispositif pour le traitement d'un autre patient est fortement déconseillée.

Réf. 53290120300313

ASQUAL N° : CQ 14-41235



(01)03401042719023(10)1019467

PRIX DE VENTE PUBLIC T.T.C



THUASNE SAS  
120, rue Marius Aulan - CS 10032  
92309 Levallois Perret Cedex - FRANCE  
[www.thuasne.com](http://www.thuasne.com)

SOCIÉTÉ FRANÇAISE depuis 1847

Année d'apposition du marquage CE : 2004



PENSEZ  
AU TRI !



sachet  
plastique  
à jeter



défil  
carton  
à recycler



Consigne pouvant varier localement  
> WWW.CONSIGNESDETRI.FR

Valable uniquement pour la France



MIXTE

Emballage issu de  
sources responsables

FSC® C095159

FSC® C095159



VENOFLEX  
CITY CONFORT  
COTON

