

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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
Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc

739604

Déclaration de Maladie

N° W21-768576

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : **8783**

Société : **R.A.M.**

Actif

Pensionné(e)

Autre:

Nom & Prénom : **EL KASSIMI MOHAMED**

Date de naissance : **22.12.1966**

Adresse : **8 Res FESALAH 32 our Raha**

Tél. : **0661 15 56 76**

Total des frais engagés : **660.00**

Cadre réservé au Médecin

Dr. G. BOUJAB
Spécialiste en Chirurgie
Cardiaque et Viscérale
C.H.R Moulay Youssef

Cachet du Médecin:

EL KASSIMI Mohamed

Date de consultation : **18.10.2022**

Age:

Nom et prénom du malade : **EL KASSIMI Mohamed**

Lien de parenté : **À lui-même**

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Insuffisance cardiaque Superficelle**

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 : **18.10.22**

Signature de l'adhérent(e) :

EL KASSIMI Mohamed

Autorisation CNDF N° : A-A-2215/2019

RELEVE 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
18/10/2022	CS2 G			INP : 090005422 Dr. G. BOUABID Spécialiste en Chirurgie Cardiaque et Vasculaire C.H.U. MULHOUSE 68200

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE G. BOUABID 101-1 TÉL: 0921046759 INP: 0921046759	18/10/22	660,00 dh

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et sig. Laboratoire et du Re.	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	

VOLET ADHÉRENT

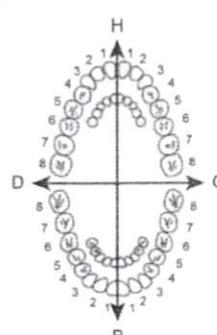
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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.

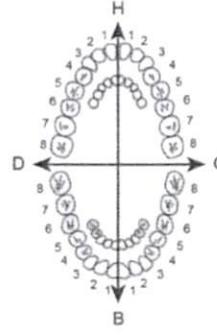
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
				FIN D'EXECUTION [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DATE DU DEVIS [REDACTED]
				DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]



ODF PROTHESES DENTAIRES

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

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Dr. C. BOUAZID
Spécialiste en Chirurgie
Cardiaque et Vasculaire
C.H.R Moulay Youssef

A... Casab... le 18/10/2022

Mr EL KASSIMI MOHAMED

① Chaussettes à jambes

330 x 2

660 -

classe II pieds ouverts

Thunze

Venoflex

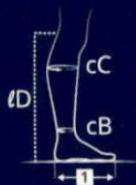
NB. 02

J = 660,00 Dh

PHARMACIE DAR EL KENZ
DR. BIDDA Rajaa
Résidence DAR BOUZZA
101-1 Imm. E20 101 23 69
Tél: 0520 104645
NIF: 042104645

Dr. C. BOUAZID
Spécialiste en Chirurgie
Cardiaque et Vasculaire
C.H.R Moulay Youssef

VENOFLEX CITY CONFORT COTON



cD (cm) :

N Normal : $cD < 44$
L Long : $cD > 44$

1 Pointure : 38/46 (UE)

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

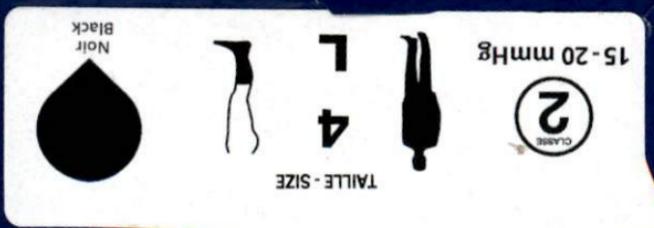
en 1 Shoe size: 38-46 (EU) **N** Regular **L** Long
 de 1 Schuhgröße: 38-46 (EU) **N** Normal **L** Lang
 nl 1 Schoenmaat: 38-46 (EU) **N** Normaal **L** Lang
 it 1 Taglia del piede: 38-46 (UE) **N** Normale **L** Lungo
 es 1 Número de pie: 38-46 (UE) **N** Normal **L** Largo
 pt 1 Número do sapato: 38-46 (UE) **N** Normal **L** Comprido
 da 1 Skostørrelse: 38-46 (EU) **N** Normal **L** Lang
 fi 1 Kengän koko: 38-46 (EU) **N** Normaalit **L** Pitkä
 sv 1 Skostorlek: 38-46 (EU) **N** Normal **L** Lång
 el 1 Μέγεθος παπουτσιού: 38-46 (EE) **N** Κανονικό **L** Μακρύ
 cs 1 Velikost obuvi: 38-46 (EU) **N** Normální **L** Dlouhá
 pl 1 Numer buta: 38-46 (EU) **N** Normalne **L** Długie
 lv 1 Izmērs: 38-46 (ES) **N** Standarta **L** Garas
 lt 1 Pėdos dydis: 38-46 (ES) **N** Prastos **L** Ilgos
 et 1 Jala number: 38-46 (UE) **N** Tavamõõt **L** Pikk
 sl 1 Številka: 38-46 (EU) **N** Normalne **L** Dolge
 sk 1 Veľkosť: 38-46 (EÚ) **N** Normálne **L** Hosszú
 hu 1 Cípőméret: 38-46 (EU) **N** Normál **L** Hosszú
 bg 1 Размер на обувката: 38-46 (EC) **N** Нормални **L** Дълги
 ro 1 Mărimea pantofului: 38-46 (UE) **N** Normal **L** Lung
 ru 1 Размер: 38-46 (EC) **N** Стандартные **L** Длинные
 hr 1 Veličina: 38-46 (EU) **N** Normalne **L** Duge
 zh 1 尺码: 38-46 (欧盟) **N** 普通 **L** 长
 ja 1 サイズ: 38 - 46 (24-28 cm) **N** ノーマル **L** ロング
 ar 1 المقاس: 38-46 (الاتحاد الأوروبي) **N** عادي **L** طولية
 ko 1 신발 사이즈: 38-46 (EU) **N** 보통 **L** 긴



MIXTE
 Emballage issu de
 sources responsables
 FSC® C095159



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



Ref. 6427408 (2019-09)



Facture N° 20221123-791

Date de vente : 18/10/2022
Médecin traitant :

ELKASSIMI MOHAMED

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
THUASNE VENOFLEX CITY CONFORT COTON CLASSE 2 MI-BAS HOMME NOIR T4 REF 5329	2	330,00	TVA (20.00%)	660,00

PHARMACIE DAR EL KENZ
DR. BIBDA Rajaa
Résidence Dar El Kenz
101-1 Imm El Ksar EOUAZZA
Tél : 0524 13 28 69
M. : 09 104645

Total HT	550,00 DHS
TVA	110,00 DHS
Total	660,00 DHS

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