

# 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.

## Prothèse 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  
Prendre 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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 062041

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1071 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : TOULAMA FARESS

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0665993973 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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 :

Signature de l'adhérent(e) : Le : 18 AOUT 2020





SOINS ET PROTHESES DENTAIRES																			
Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins. Veuillez fournir une facture Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																			
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient																
O.D.F. Prothèses dentaires			Début d'exécution																
Détermination du coefficient masticatoire <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			Fin d'exécution
H		G																	
25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																
35533411	11433553																		
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Montant des soins																
Visa et cachet du praticien attestant le devis			Coefficient des travaux Montant des soins Date du devis Fin de																
Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																			
<b>VOLET ADHERENT</b> NOM: <u>TouLAMA FARESS</u> Mle <u>1071</u>																			
<b>DECLARATION N°</b> <u>W18-373188</u>																			
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes																	
	<u>1082,80 + 1520</u>																		
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle																			

MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		W18-373188	DATE DE DEPOT ...../...../201...
<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle <u>1071</u>	Signature de l'adhérent Signature de l'adhérent
Nom & Prénom <u>TOULAMA FARESS</u>			
Fonction: <u>Retraité</u>	Phones: <u>065993973</u>		
Mail: .....			
<b>MEDECIN</b>		Prénom du patient <u>TOULAMA FARESS</u>	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age .....	Date <u>6/10/2020</u>	Date 1ère visite .....
Nature de la maladie <u>Allochomielomologie + HAA</u>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>Cz</u>		<u>150</u>	
<b>PHARMACIE</b>		Date <u>06/10/2020</u>	
Montant de la facture		<u>1082,80</u>	
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date : .....	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date : .....	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
Cachet MUPRAS			

Le .....

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien	
Je soussigné:	<b>Dr HASSAN CHEFFI</b> <i>Médecin Généraliste</i> Rue 23, N° 69, Hay El Ouds en face Mosquée Fatma Zahra - Sidi Belmoussi CASABLANCA - Tél. : 022.73.78.51
Certifie que Mlle, Mme, M :	<b>TOULAMA FARESS</b>
Présente	<b>Affection ophtalmologique</b>
Nécessitant un traitement d'une durée de:	<b>Xalatan Collyre</b>
Dont ci-joint l'ordonnance:	/
(A défaut noter le traitement prescrit).....	

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18



Docteur Hassan CHEFFI

Médecine Générale

Diplômé en Echographie  
de l'Université de Montpellier

الدكتور حسن الشَّفي

الطب العام

دبلوم في التشخيص  
العلمي بالصدى جامعة مونبلي

Casablanca, le

6/08/2020

Toukama Faren

63,30xH

2532

Tuita de 10/25

4 Boites

(S.V)

35,70xH

14280

Pharmacie KAVANOUK  
Régideur: M. El YAD  
Ahl Lougham - Sidi Bernoussi - Casablanca  
Tel/Fax: 05 22 73 78 51 / GSM: 06 60 26 70 13

x 4 Boites

(S.V)

malu

12700 xH

50800

Xalatan 0160

(S.V)

x 4 Boites

1my

44700xH

17880

Dimichu

(S.V)

29300 رقم 69 حي القدس (امام مسجد للافاطمة الزهراء) سيدي بERNOUSSI

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

الهاتف: 05 22 73 78 51

44.70  
242600030-02

44.70

44.70

44.70  
242600030-02

63.30

LOT: 20E007  
PER: 04/2021



63.30

LOT: 20E007  
PER: 04/2021



63.30

LOT: 20E007  
PER: 04/2021



63.30

LOT: 20E007  
PER: 04/2021



LOT: 19E007  
PER: 04/2021

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

P.P.V: 35DH70



LOT: 20E013  
PER: 11/2021

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

P.P.V: 35DH70



LOT: 20E009  
PER: 07/2021

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

P.P.V: 35DH70



LOT: 20E010  
PER: 09/2021

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

P.P.V: 35DH70



**Xalatan™**  
0.005 %  
LATANOPROST

Distribué sous licence  
-- LAPROPHAN S.A. --  
21, rue des Oudaya  
Casablanca -- Maroc  
PPV : 157DH00

**Xalatan™**  
0.005 %  
LATANOPROST

Distribué sous licence  
-- LAPROPHAN S.A. --  
21, rue des Oudaya  
Casablanca -- Maroc  
PPV : 157DH00

**Xalatan™**  
0.005 %  
LATANOPROST

Distribué sous licence  
-- LAPROPHAN S.A. --  
21, rue des Oudaya  
Casablanca -- Maroc  
PPV : 157DH00

**Xalatan™**  
0.005 %  
LATANOPROST

Distribué sous licence  
-- LAPROPHAN S.A. --  
21, rue des Oudaya  
Casablanca -- Maroc  
PPV : 127DH00