

# 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.

## Education :

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.

## Opticien :

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

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.



## Déclaration de Maladie

Nº P19- 062041

ND: 37045

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 10.71

Société :

Actif

Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom : YOUSSEF 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] : .....



## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
					<input type="text"/>
					<b>Montant des soins</b>
					<input type="text"/>
					<b>Début d'exécution</b>
					<input type="text"/>
					<b>Fin d'exécution</b>
					<input type="text"/>
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux
		H			<input type="text"/>
D	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	G		<input type="text"/>
					<b>Montant des soins</b>
					<input type="text"/>
					<b>Date du devis</b>
					<input type="text"/>
					<b>Fin de</b>
					<input type="text"/>
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution			

VOLET ADHERENT	NOM : <i>Toulama FARESS</i>	Mle <i>1071</i>
DECLARATION N°	W18-373188	
Date de Dépot	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
	<i>1082,80 + 150,00</i>	
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b>		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-373188

DATE DE DEPOT

..... / ..... /201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle *1071*

Signature de l'adhérent  
Signature de l'adhérent

Nom & Prénom *TOULAMA FARESS*

Fonction : *Retraitee* Phones. *0665991973*

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

*TOULAMA FARESS*

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age .....

Date *6/08/2020*

Nature de la maladie

Date 1ère visite

*Alloch ophtalmolog + H.A*

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

*C - 150,-*

PHARMACIE

Date

*06/08/2020*

Montant de la facture

*1082,80*

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date : .....

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date : .....

Nombre

Montant détaillé des

AM

PC

IM

IV

Honoraires

*DR. S. MASSAN CHEFFA*

*El Qods en Face*

*Sidi Ben Aissa - Zahra - Tel. : 022.737857*

*Dr. S. MASSAN CHEFFA*

*Rue 227, Casablanca - Tel. : 06612626*

*Dr. S. MASSAN CHEFFA*

*El Oued - Casablanca - Tel. : 06612626*

*Dr. S. MASSAN CHEFFA*

*El Oued - Casablanca - Tel. : 06612626*

*Dr. S. MASSAN CHEFFA*

*El Oued - Casablanca - Tel. : 06612626*

*Dr. S. MASSAN CHEFFA*

*El Oued - Casablanca - Tel. : 06612626*

*Dr. S. MASSAN CHEFFA*

*El Oued - Casablanca - Tel. : 06612626*

*Dr. S. MASSAN CHEFFA*

*El Oued - Casablanca - Tel. : 06612626*

*Dr. S. MASSAN CHEFFA*

*El Oued - Casablanca - Tel. : 06612626*

*Dr. S. MASSAN CHEFFA*

*El Oued - Casablanca - Tel. : 06612626*

*Dr. S. MASSAN CHEFFA*

*El Oued - Casablanca - Tel. : 06612626*

*Dr. S. MASSAN CHEFFA*

*El Oued - Casablanca - Tel. : 06612626*

CACHET

CACHET



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

Le 05/08/2002

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

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

A remplir par le praticien

Je soussigné:

Dr HASSAN CHEFFI

Médecin Généraliste

Rue 23, N° 69, Hay el Qods en face  
Mosquée Fatma Zahra Sidi Bernoussi  
CASABLANCA - Tel. 022.73.78.51

Certifie que Mlle, Mme, M :

IOU L A M A FARESS

Présente

Affection ophthalmologique

Nécessitant un traitement d'une durée de:

Xa lataan (Chrysostomus)

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

الدكتور حسن الشّفّي

الطب العام

دبلوم في التشخيص

العلمي بالصدى جامعة مونبلي

Docteur Hassan CHEFFI

Médecine Générale

Diplômé en Echographie  
de l'Université de Montpellier

Casablanca, le

6 10 812020

TÖVL AMA Faren

63,30x4

283,85

4 Boîtes

35,70x4

114,280

14 Boîtes

127,800 x4

508,00

4 Boîtes

44,70x4  
178,80

108,95 Hay El Qods (en face Mosquée Fatima Zahra) - Sidi Bernoussi - Casablanca

HASSAN CHEFFI  
Médecin Généraliste

Rue 23 N° 69  
Mosquée Fatima Zahra - SIDI BERNOUSSI - CASABLANCA

الهاتف: 05 22 73 78 51

Pharmacie KAYANGUKA  
Résidence Al-Saifiya 2 Rue YAD  
Ahli Loughlani - Hôpital Moulay Hassan - Casablanca  
Tel/Fax: 05 22 74 66 35 / 05 22 74 66 33

Xalatan Oleg  
1 ml

Dimicrol S.V.

15 ml

4 Boîtes

Numéro 69 حي القدس (امام مسجد للاقاطمة الزهراء) سيد بن ابراهيم

242600030-02

44,70

44,7°

44,70

242600030-02

L01 : 19E007  
PER.: 04 2021

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70

6 118001 081189

PER.:07 202

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B&L

P.P.V:35DH70

6 118001 081189

L01 : 20E010  
PER.: 09 2021

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

P.P.V:35DH70

6 118001 081189

6333

6330

63 30

Xalatan™

**0.005%**  
**LATANOPROST**

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

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<sup>TM</sup>  
0.005 %  
LATANOPROST

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