

## 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

- 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° W21-764775

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 664 Société : 136295

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Sebbar Fatima

Date de naissance : 01/01/1946

Adresse : 110 Bd Yaacoub elmansour, Res. ANAS, Etage 3, Apt N° 6, Maârif, Casa

Tél. : 0665622200 Total des frais engagés : ..... Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur ROUKHIMA Naoual  
Spécialiste en Cardiologie  
52, Bd Zerkouni, Espace Erreda  
Casablanca  
Tel: 0522 26 10 66 - 0522 26 10 67

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : Sebbar Fatima

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

Nature de la maladie : Affection Card

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) : [Signature]



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
16.08.2022	12		624.000	INP : 12 Méd. Généraliste en Casablanca Dr. Z. Boukhalil 06 66 - 0522 26 700

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>146 bis Cours Tolstoj</p> <p>69100 VILLEURBANNE</p> <p>Tél. 04 78 84 91 65</p> <p>Fax 04 78 03 55 69</p>	30/9/92	<p>66,33 €</p> <p>5 boites corvasal 2mg</p>

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

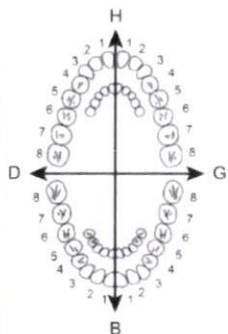
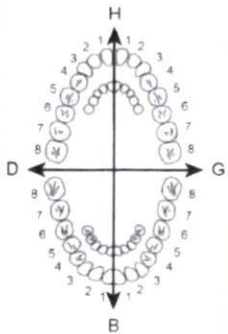
[illegible]

# 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 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			
	<div style="text-align: center;"> H  25533412    21433552  00000000    00000000  D                      G  00000000    00000000  35533411    11433553  B </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				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

fourniture de tous



PHARMACIE BONNETERRE  
Carole PERRET  
146 bis cours tolstoï  
69100 VILLEURBANNE  
FRANCE  
Tel: 0478849165  
N° SIRET: 42264184500025  
Code NAF: 4773Z - FR38422641845  
N° Cpte: FR7610468022822185800020069

Page 1 / 1

FACTURE

N°4895/645154

Du 29/09/2022

Date de l'échéance 30/09/2022

ELYOUNSSI Waffa  
46 av a blanqui  
69100 VILLEURBANNE

Prescripteur : MEDECIN ETRANGER Etranger  
Opérateur: carole P

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
CORVASAL 2MG 90 CP TFR 3400932411061 N° Ordonnancier : 847718	PH7	0	6	9,745	2,10%	58,47
Honor. dispens. HD7	HD7	0	6	0,999	2,10%	5,99
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
64,97	2,1% (4)	1,36	66,33
<b>Total HT</b>		<b>Total TVA</b>	<b>Total TTC</b>
64,97		1,36	66,33

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	66,33

Mode(s) de règlement	
Espèces	66,33

Reste dû	0,00
----------	------

Montants exprimés en Euro

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom  
CODE BIC RALPFR2G

(u) indique les quantités unitaires

(\*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1



PC 03400932411061

SN 14073511759XMW

Lot. 1R39C

Exp. 11/2024



A Naoual

IOLOGIE

HU - UCL

s et d'effort

Continu Couleur

ie

loracique

tionadienne et de stress

ysiologiques

sionnel

is intensifs



الدكتورة بوخيمة نوال

إختصاصية في أمراض القلب والشرابين

أستاذة مساعدة سابقا بجامعة لوفن

PC 03400932411061

SN 1407351193TR2A

Lot. 1R39C

Exp. 11/2024



CASABLANCA

05 22 26 10 66

05 22 26 10 67

مجال الرضا، 52 شارع الزرقطوني - البيضاء

(مقابل سوق الورود) - الهاتف: 05 22 26 10 66

05 22 26 10 67

- fahim

Casablanca, le

16-08-2022

PC 03400932411061

SN 14073511M449VG

Lot. 1R39C

Exp. 11/2024



Dr. Wasal 2022 + 3/1/2022

67113

PC 03400932411061

SN 14073511762HMX

Lot. 1R39C

Exp. 11/2024



Pharmacie BONNETERRE

146 bis Cours Tolstoï

69100 VILLEURBANNE

Tél. 04 78 84 91 65

Fax 04 78 03 55 69

PC 03400932411061

SN 1407351194V658

Lot. 1R39C

Exp. 11/2024



Dr. BOUKHIMA Naoual  
Cardiologue  
Zerkouni, Espace Erreda  
Casablanca  
05 22 26 10 66 - 05 22 26 10 67

PC 03400932411061

SN 1407324NCF6GDF

Lot. 1R1VN

Exp. 07/2024

