

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

M23-004797

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2792 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité
 Nom & Prénom : Bouzid Abdelmouhaim
 Date de naissance : 06 01 1953
 Adresse : 165 av. Hassan II, 17000, Casablanca
 Tél. : 0663039901 Total des frais engagés : 1557,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Abdelhakim SEBTI
 134 Rue Attabari - Bd Ghandi
 05 22 44 75 81
 08 51 27 12 90
 05 22 39 09 00
 Date de consultation : 21/07/23
 Nom et prénom du malade : Bouzid Abdelmouhaim Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HTA
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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
 Signature de l'adhérent :
 Le : 14 / 07 / 2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

05 22 44 75 81
06 61 27 12 90
05 22 39 09 09

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Casheq du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
S.A.R.L.A.U	31/08/23	1257,50.
gale Bd Ghandi et Yacoub		
Mansour - Casablanca		
Tél: 0522 36 08 06		

INPE
002047489

[illegible]

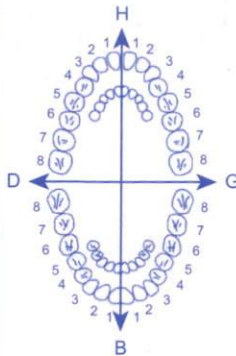
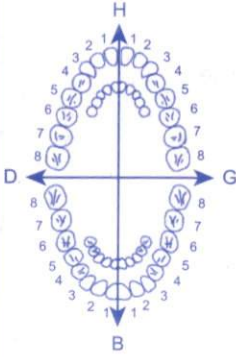
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

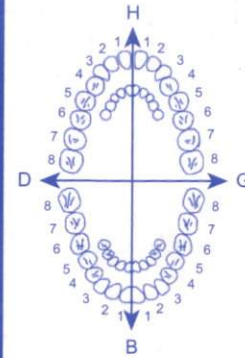
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement caninaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

A diagram of a circular chromosome. It is a circle with a vertical line passing through its center, labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. The circle is divided into four quadrants by this vertical line and a horizontal line passing through its center, labeled 'D' on the left and 'G' on the right. The quadrants are labeled with numbers 1 through 8. The top-left quadrant (H, D) has numbers 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. The top-right quadrant (H, G) has numbers 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. The bottom-left quadrant (B, D) has numbers 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1. The bottom-right quadrant (B, G) has numbers 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1. The circle is divided into four equal segments by the vertical line. Each segment contains a centromere (a small circle) and a telomere (a small circle). The centromeres are located at the center of each segment, and the telomeres are located at the corners of each segment. The centromeres are labeled with the letters 'H' and 'B', and the telomeres are labeled with the letters 'D' and 'G'.

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مركز تشخيص واستكشاف أمراض القلب والشرايين Centre de Consultation et d'Exploration Cardio Vasculaire

Dr. Abdesselam SEBTI
Cardiologue
Diplôme de la Faculté de Médecine
de Toulouse - France



الدكتور عبد السلام سبتي
اختصاصي في أمراض القلب
خريج كلية الطب بتولوز - فرنسا

Casablanca, le 27.5.23

Bonjour Monsieur

71,00.
Alimentaire
27,70 + 3,00 = 30,70
310,00 + 3,00 = 313,00
578,00 + 3,00 = 581,00
1257,50.
3 Mos

71,00

0820601002882 9 1180010028820

Cardiopasme 100 mg/100cps
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

0820601002882 9 1180010028820

Cardiopasme 100 mg/100cps
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

EXFORGE
10mg/160
28 comprimés
PPV : 310,00 DH

EXFORGE HCT
10mg/160mg/12,5mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 310,00 DH

LOT : 230054
EXP : 01/2026

LOT : 230055

LOT : 230053
EXP : 01/2026
PPV : 57,80 DH

Dr. Abdesselam SEBTI
134 Rue Attabari - 4^{ème} étage Bd Ghandi
06 61 27 12 90 / 05 22 44 75 81
05 22 44 75 81 / 06 61 27 12 90

PHARMACIE OULM
S.A.R.L.A.
Angle Bd Ghandi e
El Mansour - C
Tél: 0522 3

En cas d'urgence contacter : 06 61 27 12 90 Ou clinique CASA ANFA : 05 22 94 56 33

الدار البيضاء 134 Rue Attabari 4^{ème} étage Bd Ghandi - Casablanca زنقة التباري الطابق الرابع شارع غاندي - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 44 75 81 / 06 61 27 12 90 / 06 63 89 13 56

Email : centrecardiorsebti@gmail.com