

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 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
- 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

M23-005293

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2160 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BOU ROUIS HASSANIA

Date de naissance : 20/10/1968

Adresse : 228, Ad Zharwi N°7

Tél : 0662717729 Total des frais engagés : 594,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BOU ROUIS HASSANIA 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 : 24/08/2023 Le : 24 / 08 / 23

Signature de l'adhérent(e) :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

102019890

11/07/2023

594,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

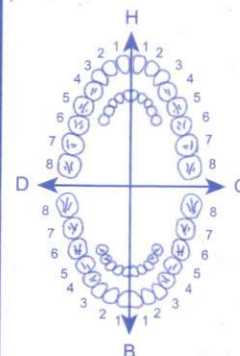
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

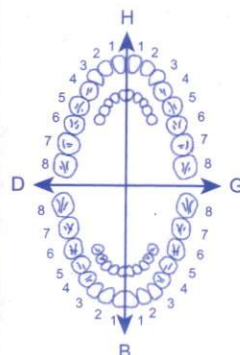
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction).

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :

BOU ROUIS KASSANIYA

Matricule :

N° CIN : B M364

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne

Dr. Malika KETTANI
Cardiologue

Spécialité :

CARDIOLOGIE

N° ICE :

2, Rue Mahaleb, Rés. Asbahane B
Av. Elahar, Sect. 15, Hay Riad
App. 1, Minic. M. 05 37 71 12 18

N° INPE :

202071454

Certifie que

Dr. Malika KETTANI
Cardiologue

BOU ROUIS KASSANIYA

Nécessitant un traitement d'une durée :

3 mois

☐ Entre 3 et 6 mois

☒ A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

+ HTA (sous traitement)
+ hypercholestérolémie (sous traitement)
+ diabète sucré (sous traitement)

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

LOTENAN 160 mg / ATENORAL 100 mg
CARDUET 75 / CRESTOR 20 / ZENKUM 3,300

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

R

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Malika KETTANI
Cardiologue
2, Rue Mahaleb, Rés. Asbahane B
Av. Elahar, Sect. 15, Hay Riad
App. 1, Minic. M. 05 37 71 12 18

* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées



الدكتورة مليكة الكتاني
أخصائية في أمراض القلب والشرابيت

Dr. Malika KETTANI
Cardiologue

فحص القلب بالمعدي - تسجيل تخطيط القلب 24 ساعة - تسجيل ضغط الدم 24 ساعة - اختبار إجهاد القلب
Echocardiographie Doppler - Holter Tensionnel - Holter-ECG - Epreuve d'effort

2. زنقة محالِب، إقامة أسبهان (ب)، الشقة 1، شارع العرعار
قطاع 15 - حي الرياض - الرباط (قرب صيدليّة العرعار)
2, Rue Mahaleb, Rés. ASBAHANE B, App. 1, Av. El Araar, Secteur 15,
Hay Riad - Rabat (à côté de la Pharmacie EL ARAAR)

الهاتف : 05 37 71 12 18
المحمول : 06 61 55 65 72
kettani.malika@gmail.com

Bouroviss
WASSANI

Remyolacel

TAREC 160mg

Per

198,20 x 3

594,60

1/ COFEUAV 160mg

scyl, Cuslin

+ Traitement Rebituel

III Steo3ms
(hms)

Diplômée de la Faculté de Médecine - Université Mohamed V - Rabat
Ancienne interne du CHU IBN SINA - Rabat
Ancienne interne de l'Hôpital LA PITIE-SALPETRIERE - Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
Ancienne attachée au Service de Chirurgie Cardio-Vasculaire à l'Hôpital IBN SINA - Rabat
Diplômée en Echocardiographie Doppler à l'Université VICTOR SEGALEN - Bordeaux

Dr. Malika KETTANI
Cardiologue
2, Rue Mahaleb, Rés. ASBAHANE B
App. 1, Av. El Araar, Sect. 15, Hay Riad
Rabat - Tél.: 05 37 71 12 18

خريجة كلية الطب - جامعة محمد السادس - الرباط
طبيبة داخلية سابقا بالمركز الاستشفائي ابن سينا - الرباط
طبيبة داخلية سابقا بمستشفى لابتي ساليوتريز - الرباط
طبيبة ملحقة سابقا بمصلحة جراحة القلب والشرابيت بمستشفى ابن سينا - الرباط
حاصلة على شهادة فحص القلب بالمعدي بجامعة بورجو

PHARMACIE DU CONSEIL

LAHLOU YOUSSEF

0537741163

33 RUE DE RABAT TEMARA, TEMARA

Facture N° 20230816-249

Date de vente : 11/07/2023
Médecin traitant :

BOUROUIS HASSAN

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	
LOTEVAN CO 10MG/160MG B30 COMP PELLI	3	198,20	Exonéré (0.00%)	594,60

Total HT 594,60 DHS

TVA 0 DHS

Total 594,60 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : cinq cent quatre-vingt-quatorze DHS et soixante centimes

صيدلية الارشاد
Pharmacie du Conseil
Dr. Youssef LAHLOU
33, Rue de Rabat - Témara
Tél. 05 37 74 11 63

IF : 91227540 TP : 27921383 RC : 67754 ICE : 001894585000028

Tel : 0537741163

Adresse : 33 RUE DE RABAT TEMARA, TEMARA

Lotevan®

Amlodipine/Valsartan
30 Comprimés Pelliculés

10/160^{mg}

AMM N°:458/15 DMP/21/NNP

PPV: 198.20 Dhs

N° Lot : 2HX269

Fab. : 05/2022

Per. : 05/2024

AMM N°:458/15 DMP/21/NNP

PPV: 198.20 Dhs

N° Lot : 2HX269

Fab. : 05/2022

Per. : 05/2024

AMM N°:458/15 DMP/21/NNP

PPV: 198.20 Dhs

N° Lot : 2HX269

Fab. : 05/2022

Per. : 05/2024