

COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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,

fractures 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.

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

ALD

N° P19-

068636

40158

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5771 Société : RAT.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ATTANI ouafae

Date de naissance : 21.1.60

Adresse : 101 Bd Youssef

Noulay Youssef

Tél. : 067 127 1657 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Professeur Amal BOURQUA
Néphrologie - Dialyse
Adulte et Pédiatrie
Tél : 05 22 80 20 01

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21.07.2020

Nom et prénom du malade : Attani ouafae

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

Nature de la maladie : Diabète

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 Le : / /

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
21/07/20		C3	300,14	Professeur Amaï BOURQUIA Néphrologie - Dialyse Adulte et Pédiatrique Tél: 05 22 80 20 01

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU LYCEE CASA SARL AU 23, Rue de la Réunion - CASA Tél: 05 22 29 47 67 ICE: 001689088000047	07-08-2020	152,50
	10/08/2020	247,50
	21/08/20	280,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
RADIOLOGIE SEBTA 23, Rue de la Réunion - CASA Tél: 05 22 29 47 67 ICE: 001689088000047	22/7/21	K30 K30	700,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

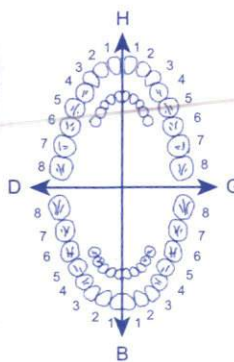
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le b

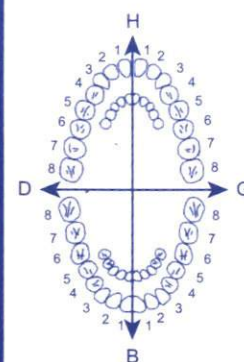
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[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



AL AMAL

الأمل

مركز أمراض الكلى و تصفية الدم للكبار و الصغار
Centre des Maladies Rénales et Dialyse Adulte et Pédiatrique

ALD

بروفيسور أمال بورقية
أمراض الكلى و تصفية الدم

Professeur Amal BOURQUIA

Néphrologie - Dialyse

Ordonnance

AT Nani w AFA

126,80 - Mo. day Sep à 16h

84,70 - Zen May Jgel + 3/1

13,00 - Staw gel s d à berr

23,10 - Lysa Aice 1/2 y b w à 20h

247,60 - Lau kis 80 VI en 8/8

152,50 - Aigile novopline

280,00
Le 07 AOUT 2020



PHARMACIE DU LYCEE
CASA SARL AU
N° 8 bis Rue de la Réunion - CASA
Tél : 05 22 29 47 67
ICE : 001689088000047

Professeur Amal BOURQUIA
Néphrologie - Dialyse
Adulte et Pédiatrique
Tél : 05 22 80 20 01

Signature :

PHARMACIE DU LYCEE
CASA SARL AU
bis Rue de la Réunion - CASA
Tél : 05 22 29 47 67
ICE : 001689088000047



30 Comprimés pelliculés
sécables

LOT: 270
PER: JAN 2022
PPV: 126 DH 80

CiplaMaroc

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Lantus Solostar 100 U/ml inj
b1 sty 3ml
P.P.V: 152,50 DH

5 118001 081608

LOT: 190036
PER: 06/2024
PPV: 13,000 DH

LOT 20134 FC12
05/2023 PPC 84,70

UT.AV: 2023 P.P.V

LOT N°: 286808 23,10

novofine[®]
30G 8 mm

 × 100


novo nordisk[®]





AL AMAL

الأمل

مركز أمراض الكلى و تصفية الدم للكبار و الصغار
Centre des Maladies Rénales et Dialyse Adulte et Pédiatrique

بروفيسور أمال بورقية
أمراض الكلى و تصفية الدم

Professeur Amal BOURQUIA

Néphrologie - Dialyse

Ordonnance

Echographie rénale
et vésicale
+ Abdominale.



Professeur Amal BOURQUIA
Néphrologie - Dialyse
Adulte et Pédiatrique
Tél: 05 22 80 20 01

Le 21/07/2020

Signature :

AL AMAL CENTRE DES MALADIES RÉNALES
ET DIALYSE ADULTE & PÉDIATRIE
PROFESSEUR Amal BOURQUIA
Tél: 0522 80 20 01



127, Boulevard Victor Hugo - Casablanca

Consultation Tel. : 05 22 80 20 01 - Dialyse Tel. : 05 22 83 34 35 - Fax. : 05 22 83 34 35

Email : amal.bourquia@gmail.com - Site Web : www.amalbourquia.com

RC : 410599 - ICE : 00208391800003 - IF : 25291487 - Parente : 34450197 - CNSS : 2601294

RADIOLOGIE SEBTA 23

Scanner - Echographie - Radiologie Conventiennelle - Radiologie Dentaire - Mammographie

Docteur Latifa MAHFOUD

Docteur Salah Eddine DRHIMER

Docteur Driss EL HASSANI

23, Rue Sebta - Quartier des hôpitaux - Casablanca - Tél : 022 49 09 60 / 61 - Fax : 022 49 09 62

Casablanca, le 22/07/2020

Facture N° 2128/2020

Nom patient : ATMANI OUAFAE

Examen(s) réalisé(s) :

ECHO ABDOMINO-PELVIENNE:

Montant : 700 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

SEPT CENTS DIRHAMS

REGLEMENT : ESPECES



C.N.SS/2567157-Patente N°344001143-IF 01084042- ICE: 001514978000009 - RC 65423

5771

☐ valable 3 mois

Le ..07../08../2020..

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☐

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

Je soussigné :

Pr. Amal Bourquie

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Atmani oujae

Présente

diabète de type 2 / HRC

Nécessitant un traitement d'une durée de :

à vie

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

Professeur Amal BOURQUIE
Néphrologie - Dialyse
Adulte et Pédiatrique
Tél: 05 22 80 20 01

Casablanca , le 22/07/2020

Patient : ATMANI OUAFAB

ECHOGRAPHIE ABDOMINO-PELVIENNE

Foie homogène de taille normale sans lésion focalisée visible.

Vésicule biliaire sans anomalie pariétale ou endoluminale .

Voies biliaires non dilatées .

Tronc porte libre de calibre normal .

Le pancréas et la rate ne présentent pas d'anomalie .

Les reins sont de volume normal homogènes , cavités pyelo-calicielles non dilatées .

Vessie sans anomalie pariétale ou endoluminale .

Utérus homogène de contours réguliers .

Absence de formation abdomino-pelvienne anormale décelable .

Absence d'épanchement péritonéal ou d'adénopathies profondes .

Conclusion/

Echographie abdomino-pelvienne ne montrant pas d'anomalie .

Confraternellement
DR. EL HASSANI



