

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.

Éducation :

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 canalaire, 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 canalaire.

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 caractére personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

24969

2160

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BouRouis Hassania

Date de naissance : 30/11/1948

Adresse : 268, Bd ziraoui N° 7 CASA

Tél. : 06 69 71 77 79 Total des frais engagés : 827,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BouRouis Hassania 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 : CASA

Le : 28/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE 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 du du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
|  | 28/02/2020 | 827,00 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES :

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

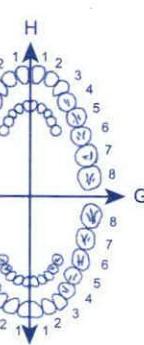
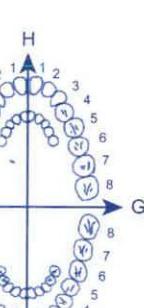
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

RELEVE 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 bilan de l'ORL.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|--|---|---------------------------|-------------|-------------------------|
|  | | | | Coefficient des travaux |
| | | | | Montants des soins |
| | | | | Début d'exécution |
| | | | | Fin d'exécution |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
|  | H 25533412 00000000 | G 21433552 00000000 | | Coefficient des travaux |
| D 00000000 | 00000000 | G 35533411 11433553 | | Montants des soins |
| B 00000000 | | | | Date du devis |
| | | | | Date de l'exécution |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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

Le/...../.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

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

A remplir par le praticien

Je soussigné:

Dr. S. B. S. L. BOU ROUSS. I.A.R.A.N. 21

Certifie que Mlle, Mme, M : Bou ROUSS. I.A.R.A.N. 21

Présente

Hypertonie - Diabète - Hypothyroïdie

Nécessitant un traitement d'une durée de:

longue durée
Hypertonie, diabète, hypertension, cardio-vasculaire

Dont ci-joint l'ordonnance:

Von Dahn

(A défaut noter le traitement prescrit)

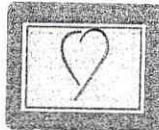
(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18

عيادة تشخيص و استكشاف أمراض القلب والشرايين

Cabinet 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 بترولوز - فرنسا

Casablanca, le -----

Boulevard Hassan
4 x 96,70 = 1's 388,80
- Hytacan x 11,5 1's 11
62,40 1's 11
4 x 35,70 1's 142,80 11
243,00 1's 11

827,00 1's

Dr. Abdesselam SEBTI
Cardiologue
(33, Rue du Maroc, Casablanca, Maroc)



05 22 44 75 81 / 05 22 31 57 70 الدار البيضاء - الهاتف: ع: 33، زنقة اليمن

PH. CROIX DU SUD

MME KTIRI JOUNDY FATIMA

62 RUE MED SEDKI

CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 35424065

N° R.C. : 372691

N° ID.F. : 20763230

N° ICE 001727771000005

N° CNSS: 1175638

Tel : 022277534

Fax : 022208027

MME BOUROUIS HASSANIA

Le : 28/02/2020

FACTURE N°: 7215/20

| Qté | Désignation | Prix | Montant |
|-----|---------------------------|--------|---------|
| 4 | HYTACAND 8MG/12.5MG B 30C | 94.70 | 378.80 |
| 1 | LOPRESOR 200 MG / 30 CP | 62.40 | 62.40 |
| 4 | KARDEGIC 160MG B 30 | 35.70 | 142.80 |
| 1 | CRESTOR 10MG B 30CPS | 243.00 | 243.00 |

Total : 827,00

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

HUIT CENT VINGT SEPT DIRHAMS



SYNTHEMEDIC22 rue zoubair bneu al souam roches
noires casablanca**HYTACAND**

8 mg/12,5 mg Cpr

Bte de 30

28 DMP/21 NRQ P.P.V : 94,70 DH

**SYNTHEMEDIC**22 rue zoubair bneu al souam roches
noires casablanca**HYTACAND**

8 mg/12,5 mg Cpr

Bte de 30

28 DMP/21 NRQ P.P.V : 94,70 DH

**SYNTHEMEDIC**22 rue zoubair bneu al souam roches
noires casablanca**HYTACAND**

8 mg/12,5 mg Cpr

Bte de 30

28 DMP/21 NRQ P.P.V : 94,70 DH

**SYNTHEMEDIC**22 rue zoubair bneu al souam roches
noires casablanca**HYTACAND**

8 mg/12,5 mg Cpr

Bte de 30

28 DMP/21 NRQ P.P.V : 94,70 DH

LOT : 19E006
PER.: 04/2021**KARDEGIC 160MG
SACHETS B30**

P.P.V : 35DH70

6 118001 081189

LOT : 9MA082
PER.: 01/2021**KARDEGIC 160MG
SACHETS B30**

P.P.V : 35DH70

6 118001 081189

LOT : 19E002
PER.: 11/2020**KARDEGIC 160MG
SACHETS B30**

P.P.V : 35DH70

6 118001 081189

LOT : 19E005
PER.: 04/2021**KARDEGIC 160MG
SACHETS B30**

P.P.V : 35DH70

6 118001 081189

MapharKm 10, Route Cdtière 111,
Qf Zenata Ain sebaa Casablanca

Crestor 10mg cp petit b30

P.P.V : 243,00 DH

6 118001 183111

6118001030248

Lopresor Retard® 200 mgBoîte de 14 Comprimés
sécables

PPV : 62,40 DH

1807240 MA