

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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

Déclaration de Maladie

N° W19-543733

5441

Autres



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

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0664

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SEBBAR FATHIMA

Date de naissance : 24/04/1946

Adresse : 110 Boulevard HACOUB EL MAOUSOUR NAARIF
Casablanca

Tél. : 06 65 62 22 00 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin Spécialiste en Cardiologie

52, Bd Zerkouni, Espace Errada
Casablanca

Cachet du médecin :

Tél: 0522 26 10 66 - 0522 26 10 67

Date de consultation : 28/12/2020

Nom et prénom du malade : SEBBAR FATHIMA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Allergie

Geste de famille

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 : 28/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL
MUPRAS

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 28.12.2020 | CS | | 300 | INP : 101103846711 Docteur BOUKHIMA Naoual Spécialiste en Cardiologie 52, Bd Zerkouani, Espace Errada Casablanca +212 22 26 10 66 - 0522 26 10 67 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| | 28/12/2020 | 34.84.000 Dif. |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------------|
| | | | | INP : _____ |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX _____ |
| | | | | MONTANTS DES SOINS _____ |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION _____ |
| | | | | FIN D'EXECUTION _____ |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX _____ |
| | | | | MONTANTS DES SOINS _____ |
| | | | | DATE DU DEVIS _____ |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION _____ |

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

XARELTO 15 mg
Rivaroxaban

42 cps
P.P.V. : 1326,00 DH
Bayer S.A.



XARELTO 15 mg
Rivaroxaban
42 cps

P.P.V. : 1326,00 DH
Bayer S.A.



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebâa Casablanca

Corvasal 2 mg, cp b 30
P.P.V. : 46,70 DH



LOT : 1091
PER : 09/22
PPV : 57,80

LOT : 1091
PER : 09/22
PPV : 57,80

OT : 1091
ER : 09/22
IV : 57,80

30 Comprimés Embaquet
TORVIA 10 10 mg



e et Pédiatrique

raphie Transthoracique
hagienne et de stress

udes Electrophysiologiques
et Holter Tensionnel

rdiaque et Soins intensifs

Bd. Zerkouni - CASABLANCA
des Fleurs - Tél.: 05 22 26.10.66
05 22 26.10.67

Sébbar. Fahima

لله مساعدة سابقاً بجامعة لوفن

97,70



Lot : 201202
Exp : 06/2024
PPV : 46,70 DH

ع الزرقطوني - البيضا.
05 22 26.10.66 : هاتف
05 22 26.10.67 : تورن.

Casablanca, le

28.12.23

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebâa Casablanca
Corvasal 2 mg, cp b 30
P.P.V. : 46,70 DH



Ramipril Win® 5 mg
30 Comprimés



AMEP® 5mg
20 comprimés



6 118000 081524

49,40

Docteur BOUKHIMA Naor
Spécialiste en Cardiologie
52, Bd Zerkouni, Espace Errada
Casablanca
Tél. : 0522 26 10 66 - 0522 26 106,

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Corvasal 2 mg. cp b 30
P.P.V : 46,70 DH
6 118001 080335

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Corvasal 2 mg. cp b 30
P.P.V : 46,70 DH
6 118001 080335

V.S

V.S

V.S

V.S

Corvasal 2 mg. cp b 30
Sous forme de gélules à croquer
Dose journalière de 2 gélules à prendre
dans l'eau ou du lait sans sucre.