

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

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.

## 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.

## ntaire :

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

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.

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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2160 Société : R A M 74829

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BouRouis Hassama

Date de naissance : 30/10/1948

Adresse : 268, Bd zirouï N° 7 CASA

Tél. : 0662717779 Total des frais engagés : 1,107,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BouRouis Hassama Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : 17 JUIN 2021

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 ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/06/2021	110730.

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

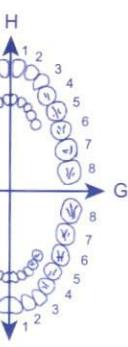
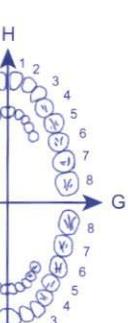
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			Coefficient des travaux
			Montants des soins
O.D.F ROTHESES DENTAIRES		DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	Début d'exécution
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B	Fin d'exécution
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	Coefficient des travaux
			Montants des soins
			Date du devis
			Date de l'exécution

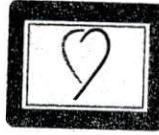
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# عيادة تشخيص و استكشاف أمراض القلب و السرطان

## Cabinet de Consultation et d'Exploration Cardio Vasculaire

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



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

Casablanca, le

Bou Rous Massana

$$\begin{aligned}
 & 4 \times 176,20 = 704,80 \text{ درهم} \\
 & 2 \times 37,00 = 74,00 \text{ درهم} \\
 & 185,70 \text{ درهم} \\
 & 4 \times 35,70 = 142,80 \text{ درهم}
 \end{aligned}$$

1107,30

Dr. Abdesselam SEBTI  
33 Rue du Yamen (ex. Soldat Jouvencel)  
Bd. 11 Janvier - Casablanca - Tél. : 05 22 44 75 81 / 05 22 31 57 70  
Tél. : 05 22 44 75 81 / 05 22 31 57 70  
E-mail : drsebti@hotmail.com

33, زنقة اليمن - شارع 11 يناير - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 44 75 81 / 05 22 31 57 70  
33, Rue du Yamen (ex. Soldat Jouvencel) - Bd. 11 Janvier - Casablanca - Tél. : 05 22 44 75 81 / 05 22 31 57 70



KARDEGIC 160MG  
 SACHETS B30  
 P.P.V : 35DH70  
  
 6 118001 081189

KARDEGIC 160MG  
 SACHETS B30  
 P.P.V : 35DH70  
  
 6 118001 081189

KARDEGIC 160MG  
 SACHETS B30  
 P.P.V : 35DH70  
  
 6 118001 081189

KARDEGIC 160MG  
 SACHETS B30  
 P.P.V : 35DH70  
  
 6 118001 081189

Maphar  
 Km 10, Route Côtier 111,  
 QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
 Crestor 10mg cp pelli b30  
 P.P.V : 185,70 DH  
  
 6 118001 183111

SYNTHMEDIC  
 22 rue zoubier brou al acoum roches  
 noires casablanca  
 HYTACAND  
 16 mg/12,5 mg Cpr  
 Bte de 30  
 29 DMP/21/NRQ P.P.V : 176,20 DH  
 6 118001 020898

SYNTHMEDIC  
 22 rue zoubier brou al acoum roches  
 noires casablanca  
 HYTACAND  
 16 mg/12,5 mg Cpr  
 Bte de 30  
 29 DMP/21/NRQ P.P.V : 176,20 DH  
 6 118001 020898

SYNTHMEDIC  
 22 rue zoubier brou al acoum roches  
 noires casablanca  
 HYTACAND  
 16 mg/12,5 mg Cpr  
 Bte de 30  
 29 DMP/21/NRQ P.P.V : 176,20 DH  
 6 118001 020898

SYNTHMEDIC  
 22 rue zoubier brou al acoum roches  
 noires casablanca  
 HYTACAND  
 16 mg/12,5 mg Cpr  
 Bte de 30  
 29 DMP/21/NRQ P.P.V : 176,20 DH  
 6 118001 020898

ATENOR® ٢٠١٠٥ mg  
 Aténolol

ATENOR® ٢٠١٠٥ mg  
 Aténolol

37,00

37,00

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

I.C.E. :

Le : 14/06/2021

FACTURE N°: 8582/21

Qté	Désignation	Prix	Montant
4	HYTACAND 16/12.5 CPS	176.20	704.80
2	ATENOR 100 MG / 28 CP	37.00	74.00
1	CRESTOR 10MG B 30CPS	185.70	185.70
4	KARDEGIC 160MG B 30	35.70	142.80

Total : 1 107,30

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

MILLE CENT SEPT DIRHAMS ET TRENTÉ CTS





**MUPRAS**

MUTUELLE DE PREVOYANCE &  
D'Actions Sociales de Royal Air Maroc

le ...../...../.....

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

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

Je soussigné: ..... Dr. Abdessamad SEBTI 33, Rue du Yacoubi (ex. Souissi Bouyssou) Bd 11 Janvier Casablanca	
Certifie que M <sup>lle</sup> , M <sup>me</sup> , M: ..... Béatrice Hachip	
Présente	
Nécessitant un traitement d'une durée de: 3 mois cumulable	
Dont ci-joint l'ordonnance..... Endép 16g. Myfacer 16g. Atmol 100	
(A défaut noter le traitement prescrit).....	

(✓) : valable 3 mois

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76