

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



Déclaration de Maladie
N° M21- 0015996

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

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.

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 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

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2160 Société : RAM 74829

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Bourouis Hassania

Date de naissance : 30/10/1948

Adresse : 268, Bd Zissou N° 7 CASA

Tél. : 0662 71 77 79 Total des frais engagés : 1.107,30 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 : HTA

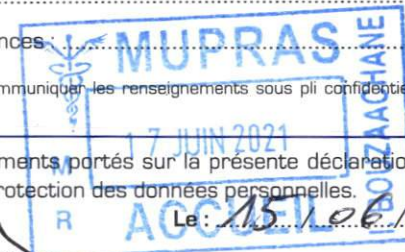
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 15/06/2021

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

	14/06/2021	1107,30.
--	------------	----------

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

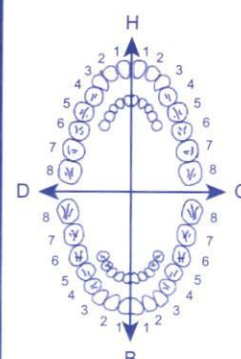
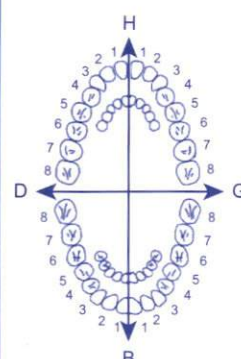
Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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

جراحة تشخيص واستكشاف 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 السبتي
اختصاصي في أمراض القلب
خريج كلية الطب بتولوز - فرنسا

Casablanca, le

Bourouis Hassana

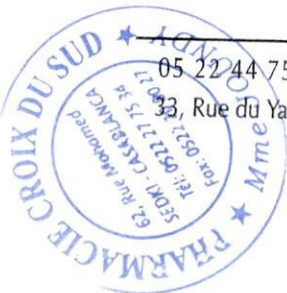


4 x 176,20 = 704,80
179 Taennel
2 x 37,00 = 74,00
185,70
142,80
4 x 35,70 = 142,80
1107,30

Dr. Abdesselam SEBTI
Cardiologue
33, Rue du Yamen (ex. Soldat Jouvencel) - Bd. 11 Janvier - Casablanca - Tél. : C. : 05 22 44 75 81 / 05 22 31 57 70

E-mail : drsebti@hotmail.com

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



LOT: 20E020
PER.: 06/2022

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V.: 35DH70



LOT: 20E018
PER.: 05/2022

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V.: 35DH70



LOT: 20E025
PER.: 07/2022

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V.: 35DH70



LOT: 21E001
PER.: 09/2022

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V.: 35DH70



Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V.: 185,70 DH



SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al ouam roches
noires casablanca
HYTACAND

16 mg/12,5 mg Cpr
Bte de 30



SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al ouam roches
noires casablanca
HYTACAND

16 mg/12,5 mg Cpr
Bte de 30



SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al ouam roches
noires casablanca
HYTACAND

16 mg/12,5 mg Cpr
Bte de 30



SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al ouam roches
noires casablanca
HYTACAND

16 mg/12,5 mg Cpr
Bte de 30



ATENOR® 100 mg
Aténolol
أطنور 100 ملغ
أتينولول

37,00

ATENOR® 100 mg
Aténolol
أطنور 100 ملغ
أتينولول

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. Abdeslam SEBTI	
33, Rue du Yacht Club (Sous l'avenue) Bd 11 Janvier - Casablanca	
Certifie que M ^{lle} , M ^{me} , M:	Bourovic Hasenif
Présente	HAN
Nécessitant un traitement d'une durée de: 3 mois annuels	
Dont ci-joint l'ordonnance..... 100 mg. 10	
1 Cardiac 16g. 14/24h et 16g. 17h01. 100.	
(A défaut noter le traitement prescrit).....	

(✓) : valable 3 mois

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