

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

Educations :

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

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° M21- 073001

87197

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2160 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BOURUIS Hassan

Date de naissance : 30/10/1948

Adresse : 268, Bd Ziraoui N° 7

CASA

Tél : 0662 417779 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : MUPRAS BOUKAR 06 OCT. 2021

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BOURUIS Hassan 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 : 06/10/2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
	05/10/2021	107130

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

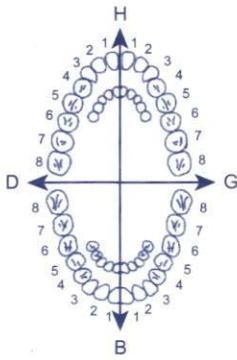
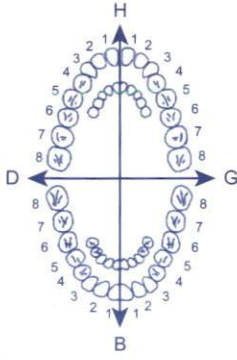
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 bilan d

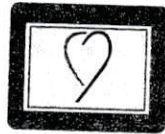
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>											
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		
	H														
	25533412 00000000	21433552 00000000													
	D	G													
	00000000 35533411	00000000 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'EXECUT

حياة 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 _____

Bouroues Hassane

176,20 x 4

37,00 x 2

185,70

35,70 x 4

110830

179 Tacead 169 J

179 Tacead 169 J

179 Tacead 169 J

179 Tacead 169 J

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

PHARMACIE CASABLANCA
Mme P. ...
62, Rue M. ...
Casablanca - Tél. : ...

E-mail : drsebti@hotmail.com

33, زنقة 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 : 21E001
PER.: 09 2022

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
HYTACAND

16 mg/12,5 mg Cpr

Bte de 30

29 DMP/21NRQ P.P.V: 176,20 DH
6 118001 020898

LOT : 21E003
PER.: 09 2022

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
HYTACAND

16 mg/12,5 mg Cpr

Bte de 30

29 DMP/21NRQ P.P.V: 176,20 DH
6 118001 020898

LOT : 21E006
PER.: 12 2022

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
HYTACAND

16 mg/12,5 mg Cpr

Bte de 30

29 DMP/21NRQ P.P.V: 176,20 DH
6 118001 020898

LOT : 21E006
PER.: 12 2022

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
HYTACAND

16 mg/12,5 mg Cpr

Bte de 30

29 DMP/21NRQ P.P.V: 176,20 DH
6 118001 020898

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10mg cp peli b30
P.P.V : 185,70 DH



ATENOR® 100 mg
Aténolol
أطنور 100 ملغ
الأتينولول

37,00

ATENOR® 100 mg
Aténolol
أطنور 100 ملغ
الأتينولول

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

Le : 04/10/2021

FACTURE N°: 8872/21

Qté	Désignation	Prix	Montant
2	HYTACAND 16/12.5 CPS	176.20	352.40
2	HYTACAND 16/12.5 CPS	176.20	352.40
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 TRENTE CTS

PH. CROIX DU SUD
Mme KTIRI JOUNDY FATIMA
62, Rue MED SEDKI
Casablanca - Tél: 0522.27.75.34



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)

A remplir par le praticien

Je soussigné:

Dr. Abdeslam SEBTI
CARDIOLOGUE

33, Rue du Yamen (ex. Soldat Jouvencel)
Bd 11 Janvier - CASABLANCA

Certifie que Mlle, Mme, M : **BANOUSSA**

Présente **ANA**

Nécessitant un traitement d'une durée de:

12 ans - **Arrêter les**

Dont ci-joint l'ordonnance: **h ag**

(A défaut noter le traitement prescrit)

(✓) : Valable 3 mois

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

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52

E-mail : Mupras @ royalairmaroc.com