

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.

armacie :

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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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 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 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 : BOUROUIS Hassania

Date de naissance : 30/11/1948

Adresse : 268, Bd Ziraoui N° 7 CASA

Tél. : 06 62 71 77 79 Total des frais engagés : 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 : 06/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  | 05/06/2021 | Mont 30 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

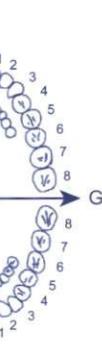
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

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 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 | | | |
|  | H 25533412 00000000 | G 21433552 00000000 | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | D 00000000 35533411 | B 00000000 11433553 | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |

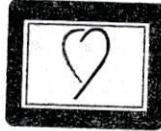
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 السبتي
احصادي في أمراض القلب
خريج كلية الطب بتولوز - فرنسا

Casablanca, le _____

Boulevard Hassan II

176,00x4
27,00x2
185,70
35,70x4

179,70x1
Boulevard Hassan II
Boulevard Hassan II
179,70x1
Boulevard Hassan II

Dr. Abdesselam SEBTI
33, Rue du Yamen (ex. Soldat Jouvencel) - Casablanca - Tél. : 05 22 44 75 81 / 05 22 31 57 70
E-mail : drsebtihotmail.com

PHARMACIE C.C. - Mme D.
62, Rue M... Casablanca - Tél. : 05 22 44 75 81

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. : C. : 05 22 44 75 81/05 22 31 57 70

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
LOT : 21E001
PER : 09 2022

P.P.V : 35DH70

6 118001 081189

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnoi al aouam 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® ٢٠١٠٠ mg °
Atenolol 

37,00

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70

6 118001 081189

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnoi al aouam 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® ٢٠١٠٠ mg °
Atenolol 

37,00

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70

6 118001 081189

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnoi al aouam 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

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70

6 118001 081189

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnoi al aouam 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

Maphar
Bd Alikmia N° 6, QL.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V : 185,70 DH


6 118001 183111

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 TRENTÉ CTS

PH. CROIX DU SUD
Mme KTIRI JOUNDY
62, Rue Mohamed SEDKI
Casablanca Tel: 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. Abdesslam SEBTI
CARDIOLOGUE
33, Rue du Yamen(ex. Soldat Jouvencel)
Bd 11 Janvier - CASABLANCA
tel: 0522 44 75 81

Certifie que Mlle, Mme, M :

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de:

Dont ci-joint l'ordonnance:

(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