

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2160

Société :

RAM

182735

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOURouis Hassama

Date de naissance : 30/10/1948

Adresse : 268, Bd Zirouï N° 7 Casab

Tél. : 06 62 71 77 79 Total des frais engagés : 1.071,60 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 : 14/10/2022

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
	15/07/2022	1071,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553		Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

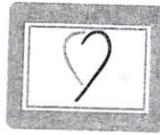
VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

عيادة تشخيص و الاستكشاف لأمراض 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 HASSANIA

$$4 \times 176,20 = 704,80$$

176,20 x 4 = 704,80

$$2 \times 37,00 = 74,00$$

37,00 x 2 = 74,00

185,70

185,70 x 2 = 371,40

$$3 \times 35,70 = 107,10$$

35,70 x 3 = 107,10

107,10

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



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

SYNTHEMEDIC
22 rue souheir bnoi al aquam 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

SYNTHEMEDIC
22 rue souheir bnoi al aquam 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

SYNTHEMEDIC
22 rue souheir bnoi al aquam 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: 350DH70

6 118001 081189

LOT: 21E001
PER: 07/2023
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V: 350DH70

6 118001 081189

LOT: 21E013
PER: 05/2023
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V: 350DH70

6 118001 081189

LOT: 21E010
PER: 05/2023
SYNTHEMEDIC
22 rue souheir bnoi al aquam 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® 100 mg J9
Atenolol

37,00

37,00

Maphar
Bd Alkemia N° 6, QI,
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° CNSS: 1175638

Tel : 022277534

Fax : 022208027

Mme bourouiss hassania

N° ICE 001727771000005

Le : 15/07/2022

FACTURE N°: 9494/22

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
3	KARDEGIC 160MG B 30	35.70	107.10

Total : 1 071,60

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

MILLE SOIXANTE ONZE DIRHAMS ET SOIXANTE 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)

A remplir par le praticien

Je soussigné:

Dr. Abdeslam SEBTI
CARDIOLOGUE

33, Rue du Yamen(ex. Soldat Jouvencel)

Bd 11 Janvier - CASABLANCA

B. 0522 44 75 81 - 0522 31 57 70

Certifie que Mlle, Mme, M :

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de:

1 An (12 mois) - Afin de lutter contre l'hyper tension

Rue du

Yamen (ex. Soldat Jouvencel)
Bd 11 Janvier - CASABLANCA
Tél: 0522 44 75 81 - 0522 31 57 70

Dont ci-joint l'ordonnance:

Dr. Abdeslam SEBTI
CARDIOLOGUE
33, Rue du Yamen(ex. Soldat Jouvencel)
Bd 11 Janvier - CASABLANCA
Tél: 0522 44 75 81 - 0522 31 57 70

(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