

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 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

- O Reclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22-0005997

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2528 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHATOUI Bouchta
 Date de naissance : 01.01.1948
 Adresse : Ard 88 Kheir Ain chock Rue 8 N° 9 CASABLANCA
 Tél : 06 04 80 52 07 Total des frais engagés : 759,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr SABOR Hicham
 Cardiologue
 404, bd El Qods Etg 2 Appt
 N 9 Casablanca
 INPE : 131225880
 Date de consultation : 03/04/2023
 Nom et prénom du malade : M. CHATOUI Bouchta Age : 74 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Jeune artérielle H.T.A.
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☒ ALC Pathologie :
 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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 03/04/2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
03/04/2023	C2		209,00	Dr SABOR Hicham Cardiologue 104, bd El Ouds Etg 2 Appt INPE 31225880

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03.04.2023	559,30 DH

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
		AM	PC	IM	IV	

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT 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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. SABOR Hicham

Cardiologue

Lauréat de la Faculté de Médecine de Rabat

Ancien Médecin Militaire,

Commandant à l'Hôpital Militaire

d'Instruction Mohammed V -Rabat-



الدكتور صبور هشام

تخصص أمراض القلب والشرابيين

خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط

طبيب عسكري ضابط سامي بالمستشفى

العسكري محمد الخامس بالرباط (سابقا)

NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg - C
30 comprimés à Libération Mod
PPV : 79,90 DH

NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg - C
30 comprimés à Libération M
PPV : 79,90 DH

NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg - C
30 comprimés à Libération Mod
PPV : 79,90 DH

NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg - C
30 comprimés à Libération M
PPV : 79,90 DH

NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg - C
30 comprimés à Libération M
PPV : 79,90 DH

NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg - C
30 comprimés à Libération Mod
PPV : 79,90 DH

ORDONNANCE

asablanca le : 03/04/2023

NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg
comprimés à Libération Mod
"118001"130184
PPV : 79,90 DH

Mr CHATOUI Bouckhe

S.V

Natrixam 1,5 / 5 mg :

559,30

(x 06 min)

صيدلية محمد عبد الله
PHARMACIE MY ABDELLAH
رقم 98 عين الشق
05.22.21.73.64
الهاتف : 300 300
المستشفى محمد السادس

Dr SABOR Hicham
Cardiologue
404, Bd El Qods Etg 2 App
N° 9 Casablanca
INPE : 131225880

شارع القدس إقامة السكن الأنيق تجزئة الصفا عمارة 404 الطابق الثاني مكتب رقم 9 عين الشق الدار البيضاء

404 Bd Al Qods, Res Assakane Anik, lotissement SAFA, Etage 2, Bureau N° 9 - Casablanca - Ain Chock

05 22 50 51 06



06 24 24 12 29



Dr.saborhicham@gmail.com