

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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- 0059181

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0000 109 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUROUZA SAADIA

Date de naissance : 01.01.1945

Adresse : 151 Rue NE 32 62 K OULFA CASA

Tél. : 06 45 70 89 26 Total des frais engagés : 3236,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13 Sept 2023

Nom et prénom du malade : BOUROUZA SAADIA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : CASA Le : 13 / 09 / 2023

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
13 Sept 2023	CS ₂ + ECG	309		<p>Dr. HOUARI Chaymaa CARDIOLOGUE</p> <p>Président EL Oulfa, Bd Oued Oum Rabi G/P N° 37 1^{er} étage - Casablanca Tél. : 05 22 90 64 47 - Fax : 05 22 90 65 78</p>

CS + ECG300p

Dr. HOUARI Chaymaa
CARDIOLOGUE

G/P N° 37 1er étage - Casablanca
Tél. 05 22 90 64 47 - Fax 05 22 90 65 78

[illegible]

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date _____

Montant de la Facture

13109123

2996, 96

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

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires[illegible]

Cachet et signature
du Praticien

Date des Soins

Nombre

Montant détaillé
des Honoraires

AN

PC

LM

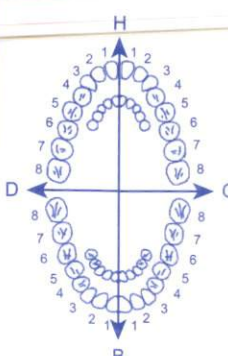
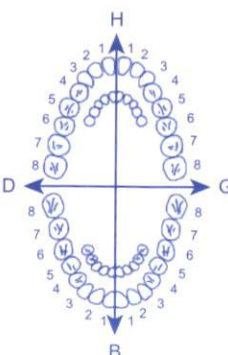
IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DEBUT D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">FIN D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DATE DU DEVIS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DATE DE L'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
-------------------	---------------------	-------------

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LOT 223782 1
EXP 11 2025
PPV 180.00

LOT 223974 1
EXP 11 2025
PPV 180.00

LOT 230824 1
EXP 02 2026
PPV 180.00

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

154,10

154,10

154,10

13,30

154,10

13,30

6 118001 130306
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg
30 comprimés pelliculés
PPV: 184,00 Dh
Servier Maroc - Casablanca

6 118001 130306
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg
30 comprimés pelliculés
PPV: 184,00 Dh
Servier Maroc - Casablanca

6 118001 130306
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg
30 comprimés pelliculés
PPV: 184,00 Dh
Servier Maroc - Casablanca

LOT : 5778
PER : 12 - 24
P.P.V : 36 DH 00

LOT : 3927
PER : 05 - 25
P.P.V : 36 DH 00

LOT : 3927
PER : 05 - 25
P.P.V : 36 DH 00

LOT : 23E001
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80

LOT : 23E001
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80

LOT : 23E001
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80

LOT : 23E001
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80

LOT : 23E001
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80

LOT : 22E004
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V : 56DH60

LOT : 22E004
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V : 56DH60

LOT PUC: 198.00DH
C237
2025-09
CNK 3259-850
REV: 2021/11/0

6111261640134

LOT: 230425
PER: 04/2026
PPC: 129,50DH

LOT: 230425
PER: 04/2026
PPC: 129,50DH

LOT: 230425
PER: 04/2026
PPC: 129,50DH

الدكتورة شيماء هواري

Dr Chaymaa HOUARI

اختصاصية في أمراض القلب لدى الكبار والصغار

Médecin Spécialiste en Maladies Cardiovasculaires

Lauréate de la faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca

Diplômée en Echodoppler Cardiaque de l'Université Bordeaux - Segalen

Diplômée en Cardiologie Pédiatrique de l'Université Paris Descartes

Diplômée en Exploration Vasculaire non Invasive de l'Université Paris Sud

Ancien Médecin des Hôpitaux de Paris - France

13 SEPT 2023

Mme SAADIA BOUROUZA

21.80 x 5

- 1) ASPEGIC 100 MG, Comprimé : 0 - 1 - 0 x 3mois
- 2) TRIPLIXAM 10 MG / 2.5MG / 10 MG, Comprimé : 1 - 0 - 0 x 3mois
- 3) NOLIP 10 MG, Comprimé pelliculé : 0 - 0 - 1 x 3mois
- 4) AGLIM 2 mg , Comprimé : 0 - 0 - 1 x 3mois
- 5) LEVOTHYROX 50µg, Comprimé sécable : 1+1/2 - 0 - 0 x 3mois
- 6) ADO 1000 MG, Comprimé pelliculé : 1 - 1 - 0 x 3mois
- 7) CARDENSIEL 5 MG, Comprimé pelliculés sécables : 1 - 0 - 0 x 3mois
- 8) STILNOX 10 MG, Comprimé pelliculé sécable : 0 - 0 - 1/2 x 3mois
- 9) FLUOXET 20 mg , Gélule : 1 - 0 - 0 x 3mois
- 10) NURAX TONUS AMP BUY: 0 - 1 - 0 x 1mois
- 11) NOCICEPTOL GEL : 1 - 0 - 1 x 3mois

Dr. HOUARI Chaymaa
CARDIOLOGUE

Lotissement EL Oulfa, Bd Oued Oum Rabii
G/P N° 37, 1er étage - Casablanca
Tél. 05 22 90 64 47 - Fax 05 22 90 65 78

INP : 091204834

حي الولفة - شارع أم الربيع - قرب "مختبر كريم لاب" رقم 37 الطابق الأول الدار البيضاء

Lot. EL Oulfa, Bd Oued Oum Rabii en face du Laboratoire " KARIMLAB " G/P N° 37, 1er étage Casablanca

Tel : 0522 90 64 47 - Fax : 05 22 90 65 78 - Email : centrecardiouari@gmail.com

https://medocapp.ma/doc_chaymaa_houari/print/print.php?id=17472