

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : 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

M23- N° 0039438

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10295 Société : 203332
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : CHAOURS BOU AZZA
Date de naissance : 01/01/1958
Adresse : Bloc 14 N° 07 Haydamer Hay Mohamach
Cassa
Tél. : 0662394825 Total des frais engagés : 957,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Rachid SAIR
MEDECIN
73, Av. Colonel Akid Allam 1er étage
(en dessus BMCE) Bournazel - Casablanca
Tél : 05 22 72 42 42

Date de consultation : 23 Avril 2024
Nom et prénom du malade : EL OUBI B. de
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Diabète + HTA + Arterio-sclérose
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 : Le :/...../.....

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 23 Avril 2024 | e + ad | | 220h | Dr. Rachid S... 73 Av. Colonel F... Tél : 05 22 72 42 47 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMACIE ADIL Boulevard Mohammed VI N° 3 Hay Al Massira Hay Mohammadi Casablanca Tél: 022 63.87.58 | 23/04/24 | 757,10 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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 :

Veillez 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 |
| | | | | Montants des Soins |
| | | | | Debut d'Execution |
| | | | | Fin d'Execution |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B | | | Coefficient des Travaux |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | 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

DR . RACHID SAIR

MEDECIN



الدكتور رشيد ساير

طبيب

- Diplôme universitaire de Diabetologie
- université Montpellier France
- Diplôme en soins avancés en cardiologie
- université de montréal-Canada
- Licencié du Conseil Médical du Canada (LCMC)
- Echographie -ECG

- دبلوم جامعي في أمراض السكري
- جامعة مونتبولي - فرنسا
- دبلوم رعاية صحية متقدمة لأمراض القلب
- جامعة مونتريال - كندا
- ارتفاع الضغط الدموي - أمراض القلب والشرابيين
- طبيب مجاز من طرف المجلس الطبي الكندي
- الفحص بالصدى - التخطيط الكهربائي للقلب

23 Avri 2024

casablanca le : : الدار البيضاء في :

Handwritten signature



36,00x3 *Handwritten notes and calculations*
 29,20x3
 47,10x3
 32,20x3
 38,40
 129,00
 4970
 610

73, AV Colonel Akid Allam 1 étage (En dessus BMCE) - Bournazel - Casablanca - الهاتف : 05 40 13 12 91 / 05 22 72 42 42

2260

2690

75710

2690

2690

2690

2690



PHARMACIE ADIL
Dr. Bouchra KILANI MOUMI
Mam 71 No 3 Hayat Al Massira
Hay Mohammadi Casablanca
Tél: 022.63.87.58

PHARMACIE ADIL
Bouchra KILANI MOUMI
Mam 71 No 3 Hayat Al Massira
Hay Mohammadi Casablanca
Tél: 022.63.87.58

Dr. FACHID SAIR
MEDECIN
73, Av. Colonel Akid Aliem 1^{er} étage
(en dessous SMCT) agourazel - Casablanca
Tél: 05 22 72 42 42

32,20

Glucovance 500 mg/5 mg
Comprimés pelliculés B/30

YX0321
05/2023
04/2026

Glucovance 500 mg/5 mg
Comprimés pelliculés B/30

YX0321
05/2023
04/2026

Glucovance 500 mg/5 mg
Comprimés pelliculés B/30

YX0321
05/2023
04/2026

32,20

32,20

32,20

LOT M0734
EXP 03 2026
PPV 56.10 DH

LOT 230621
EXP 04 2026
PPV 49.70 DH

NOVOPHARMA
LOT 1195
PPV 38.40

N° de lot : 180823
Date de péremption: 07.2025

PPC : 129,00 Dhs

PPV :
LOT : 36,00
PER :

PPV : 36,00
LOT :
PER :

PPV : 36,00
LOT :
PER :

LOT 232776
EXP 09 2027
PPV 29.20 DH

LOT 232777
EXP 09 2027
PPV 29.20 DH

LOT 232777
EXP 09 2027
PPV 29.20 DH

TORSINE APG
FLUCINONIDE

22,60

2690

PPV
LOT
PER

ALOUATI M. M.

D-naiss:
61ans, FEM.

23-Avr-2024 10:23:12

Fréq.Card: 66 BPM
Int PR: 151 ms
Dur.QRS: 83 ms
QT/QTc: 391/404 ms
Axes P-R-T: 58 70 45

RYTHME SINUSAL
ECG NORMAL

Non confirmé

Dr. Rachid SAIR
MEDECIN
73, Av. Colonel Al. Bouhassoune - 1^{er} étage
(en dessus bld El Bourhazet - Casablanca)
Tél : 05 22 72 42 42

