

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

N° W21-604420

57926

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7767 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENTAHILA SAAD

Date de naissance : 10/10/1959

Adresse : Lot 6 Colline 5 N. 2X CAS

Tél. : 0666872659 Total des frais engagés : 2934,80 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **DR. I. SIBAI**
CARDIOLOGUE
Angle 38, Bd. Lalla Yacout et
1, Rue El Anassir Casablanca
Tél. : 05 22 46 79 79 - 05 22 46 78 90

Date de consultation : 20 JAN. 2021

Nom et prénom du malade : GHASSEN NABIA

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

Nature de la maladie : HTA chronique, infarctus

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 : 20 Jan 2021

Le : / /

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
20 JAN. 2021	C2 + ECG		300 dhs	INP : 091129718 Dr. J. SIBAI CARDIOLOGUE Angle 38. Bd. Yacout et 1, Rue El Anass - Casablanca Tél.: 06 22 46 78 75 - 8 22 46 78 91

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/1/21	263420

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DEBUT D'EXECUTION [] FIN D'EXECUTION []																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DATE DU DEVIS [] DATE DE L'EXECUTION []																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		D		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	G																			
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	[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																

Dr. Jamal SIBAI

CARDIOLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine

de Paris

Horaires d'ouverture :

du Lundi au jeudi 9h à 15h.

Samedi 9h à 11h.

Fermé le vendredi, samedi après-midi et le dimanche.

Pour Prendre RDV appeler le : 06 22 180 812

الدكتور جمال السباعي

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

خريج كلية الطب بباريس

أوقات العمل من الإثنين إلى الخميس من 9 إلى 15

والسبت من 9 إلى 11

العيادة مغلقة يوم الجمعة و السبت بعد الزوال و الأحد

لأخذ موعد اتصلوا ب : 06 22 180 812

N° d'identification du praticien : 091129718

الرقم الوطني الإستدالي :

Casablanca, le

20 JAN 2021

الدار البيضاء ، في

MC GHAZI SNOUBI NADA

REGIME SANS SEL

PHARMACIE DE LA COLLINE

Sur parking CARREFFOUR Sidi Maarouf (Ancien Makro)

Casablanca - Tél.: 05 22 33 51 77 / 05 22 33 59 53

whatsapp : 06 62 12 38 18

RG : 266958 - Pat : 36103109 - IF : 50731792 - CNSS : 9053492

ICE : 000483820000044 - Email : paracetamol2011@hotmail.fr

Dr. J. SIBAI

CARDIOLOGUE

Angle 38, Bd. Lalla Yacout et

1, Rue El Araar - Casablanca

Tél.: 05 22 46 78 79 - 05 22 46 78 90

PRODUIT DE CHINE

6 118001 030521
COTAREG 160/12.5 mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 203.00 DH

6 118001 030521
COTAREG 160/12.5 mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 203.00 DH

6 118001 030132
COTAREG 160/25 mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 205.00 DH

6 118001 030521
COTAREG 160/12.5 mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 203.00 DH

6 118001 030521
COTAREG 160/12.5 mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 203.00 DH

6 118001 030521
COTAREG 160/12.5 mg
28 comprimés pelliculés
ppv : 203.00 DH

6 118001 030521
COTAREG 160/12.5 mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 203.00 DH

6 118001 030521
COTAREG 160/12.5 mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 203.00 DH

6 118001 030132
COTAREG 160/25 mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 205.00 DH

6 118001 030521
COTAREG 160/12.5 mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 203.00 DH

6 118001 061878
P.N.V. : 30DH00
LOT : 20E008
CP PELL B30
NO - DOL FEN 400MG
PER : 04 2023

PER : 02/22
LOT : 644976
P.N.V. : 168.20 DH

6 118001 030521
COTAREG 160/12.5 mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 203.00 DH

6 118001 030521
COTAREG 160/12.5 mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 203.00 DH

10mm/mV 25mm/s



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle PR :	171 ms
Durée Echantillon :	8 s	Intervalle QT :	457 ms
FC :	56 bpm	Intervalle QTc :	441 ms
Durée P :	139 ms	Axe P :	55.4°
Durée QRS :	132 ms	Axe QRS :	77.9°
Durée T :	295 ms	Axe T :	45.1°

Suggestion :
-0.1 mV P wave in lead V1/V2.

Dr. J. SIBAI
CARDIOLOGUE
Angle 38. Bd. El Yacout et
1, Rue El Arabi - Casablanca
Tél.: 05 22 46 79 79 - 05 22 46 78 90

Signature Médecin:

Filtre Principal: On Filtre ADS: On