

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.

Biologie 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.

Éducation :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 059855

Optique **NEOOU** Autres

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : **1968**

Société : **ROYAL AIR MAROC**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **MME EZZAIM MAFTAHIA**

Date de naissance : **22-08-1951**

Adresse : **302 Bd de Bordeaux**

Tél. : **0522 275467**

Total des frais engagés : **300,- f 721.90** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. I. SIBAI

CARDIOLOGUE

Angle 38, Bd. Lalla Yacout et
1, Rue El Aara - Casablanca
Tél. 05 22 48 79 79 - 05 22 48 78 90

Date de consultation : **15 MARS 2022**

Nom et prénom du malade : **EZZAIM MAFTAHIA**

Age : **70**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **HTA, Choc, MÉ, asth, Cyste**

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.

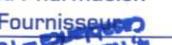
Fait à : **CASABLANCA**

Le : **19/05/2022**

Signature de l'adhérent(e) :

<divRELEVE 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
MARS 2022	C ₂ +ECG		300 dhs	DR. SIBA CARDIOLOGUE Angle 38. Bd Lalla Yacout et 1, Rue El Azaar - Casablanca Tél.: 05 22 48 79 79 - 05 22 48 78 90

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE TAMBACOU 4, Rue Internationale, Boma BP 1000, Téle. 05 22 20 20 20 Centre Ville, Boma Signature: [Signature]	15/03/82	4 771,00 francs

<div[]([[{"text": "ANALYSES - RADIOGRAPHIES"}]]

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

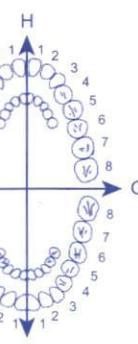
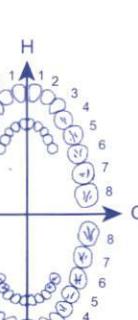
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX															
				MONTANTS DES SOINS															
				DEBUT D'EXECUTION															
				FIN D'EXECUTION															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">*</td> <td style="text-align: center;">*</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">*</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	*		*	G	35533411	11433553	*			
H	25533412	21433552																	
D	00000000	00000000																	
*		*																	
G	35533411	11433553																	
*																			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			
				MONTANTS DES SOINS															
				DATE DU DEVIS															
				DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur 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

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 س 9 إلى 11

العيادة مغلقة يوم الجمعة و السبت بعد الزوال والأحد

N° d'identification du praticien : 091129718

Casablanca, le 15 MARS 2022

Dr. J. SIBAI
الرقم الموطني/الاستدلاي :

الدكتور جمال سباعي، في
38, Bd. Lalla Yacout et
Rue El Araar - Casablanca
Tél: 05 22 48 79 79 - 05 22 48 78 90

صيدلية تامسروفت
Pharmacie Tamsaouft
Dr. BENKIRANE Dounia
4, Rue Tamsaouft - Bourgogne
Casablanca - Tél. 05 22 26 56 16

REGIME SANS SEL

79,50 x 6

A card

474,50

50 g 1 cp x 21 j

TRAITEMENT DE 3 MOIS

092064550

297,00

Symbrant

1 enveloppe/j

221,50

AS

Total

صيدلية تامسروفت
Pharmacie Tamsaouft
Dr. BENKIRANE Dounia
4, Rue Tamsaouft - Bourgogne
Casablanca - Tél. 05 22 26 56 16

Dr. J. SIBAI

CARDIOLOGUE

Angle 38, Bd. Lalla Yacout et
1, Rue El Araar - Casablanca
Tél.: 05 22 48 79 79 - 05 22 48 78 90

ECG

Dr J SIBAI

NOM: EZZAIM MAFTAHA ID : Sexe : Femme Age : 71 Date : 15-3-2022

