

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 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

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

M23-005187

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7767 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENTAILA SAAO
 Date de naissance : 10/07/1958
 Adresse : 24 lot la colline I CAEN
 Tél. : 0666872659 Total des frais engagés : 300 + 1218 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 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
 Date de consultation : 11 MAI 2023
 Nom et prénom du malade : GHAB' BENSIB BENTAILA SAAO Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HTA Chronique
 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 : CAEN

Le : 20/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date
Montant de la Facture	1218.00

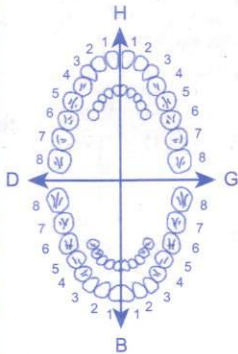
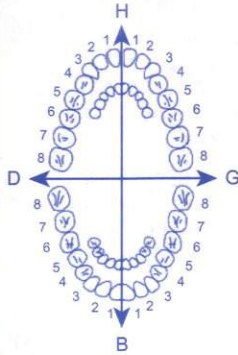
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

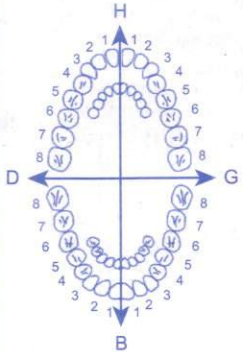
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

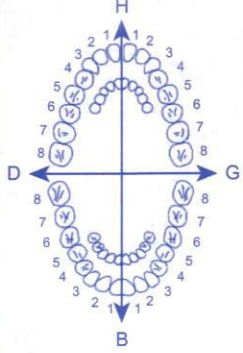
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>								
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	(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

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 <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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H		
	25533412	21433552	
	00000000	00000000	
	D	G	
	00000000	00000000	
	35533411	11433553	
	B		
	(Création, remont, adjonction)		
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

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

N° d'identification du praticien : 091129718

Casablanca, le 11 MAI 2023

الدكتور جمال السباعي

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

خريج كلية الطب بباريس

أوقات العمل من الإثنين إلى الخميس من 9 إلى 15

و السبت من 9 إلى 11

العيادة مغلقة يوم الجمعة و السبت بعد الزوال و الأحد

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

Mr GUZZI Soudani y BENTMURA NABO

REGIME SANS SEL

PHARMACIE DE LA COLLINE
Sur parking CARREFOUR Soudan (Ancien Makro)
Casablanca - Tél.: 05 22 33 59 53
RC: 266958 - Pat.: 266958 - IF: 50731292 - CNSS: 6063490
TE: 0004382000044 Email: paracetamol2011@hotmail.fr

PHARMACIE DE LA COLLINE
Sur parking CARREFOUR Soudan (Ancien Makro)
Casablanca - Tél.: 05 22 33 59 53
RC: 266958 - Pat.: 266958 - IF: 50731292 - CNSS: 6063490
TE: 0004382000044 Email: paracetamol2011@hotmail.fr

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



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 030521

COTAREG 160/12.5 mg ○
28 comprimés pelliculés

PPV : 203.00 DH

10mm/mV 25mm/s



Fréquence : 1000 Hz Intervalle PR : 133 ms
 Durée Echantillon : 12 s Intervalle QT : 451 ms
 FC : 58 bpm Intervalle QTc : 443 ms
 Durée P : 95 ms Axe P : 28.8°
 Durée QRS : 108 ms Axe QRS : -0.8°
 Durée T : 313 ms Axe T : 40.8°

Suggestion :
 Dr. J. SIBAI
 CARDIOLOGUE
 Angle 38. Bd Lalla Yacout et
 1, Rue El Anzar - Casablanca
 Tél.: 05 22 48 79 79 - 05 22 48 78 90

Filtre Principal:On Filtre ADS:On

Signature Médecin: