

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

N° P19- 067542

ND: 30313

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **9697** Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **cha Kour Bouchra**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0524 81 11 11** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : **cha Kour Bouchra** Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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) :



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez 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	
					Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>
		H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553
<p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution			

VOLET ADHERENT	NOM :	MUPRAS	Mle
DECLARATION N°	P 17 / 0062404		MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc
Date de Dépôt	Montant en page	Nbre de pièces Jointes	Cachet MUPRAS
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	 9697 Signature de l'adhérent							
Nom & Prénom		CHAKOUR BOUCHRA								
Fonction		Poste 25-55								
Mail		CHAKOUR@royalairmaroc.com								
MEDECIN	Prénom du patient		CHAKOUR BOUCHRA							
Adhérent	<input type="checkbox"/>	Conjoint	<input type="checkbox"/>	Enfant	<input type="checkbox"/>	Age	54	Date	17.FEV.2020	
Nature de la maladie		Date 1ère visite								
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances										
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		 Dr. J. SIBAI CARDIOLOGUE Angle 38, Bdy Lalla Yacout et 1, Rue El Araar - Casablanca Tel: 05 22 48 79 79 - 05 22 48 79 79					
C ₂ + ECG			300 dhs							
PHARMACIE		Date		INPE:092016815		 Dr. BOURGOONE 111 Halima Casablanca 341-78-05-22-73-44				
Montant de la facture				INPE:092016815						
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date		 Dr. SIBAI 111 Halima Casablanca 341-78-05-22-73-44						
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires								
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date		 Dr. BOURGOONE 111 Halima Casablanca 341-78-05-22-73-44						
Nombre		Montant détaillé des Honoraires								
AM	PC	IM	IV							

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.

Pour Prendre RDV appeler le : 06 22 180 812

الدكتور جمال السباعي

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

خريج كلية الطب بباريس

صيادلة
بوركين
PHARMACIE DE BOURGOGNE
BERRADA TAZI Halima
341, Bd. Zerkouni - Casablanca
Tél.: 05.22.27.73.44

أوقلت العمل من الإثنين إلى الخميس من 9 إلى 15
والسبت من 9 إلى 11

العيادة مغلقة يوم الجمعة والسبت بعد الزوال والأحد

لأخذ موعد اتصلوا ب : 06 22 180 812

N° d'identification du praticien : 091129718

17 FEV. 2020

Casablanca, le

CARDIOLOGUE
SIBAI
الدكتور جمال السباعي
Angle 38, Bd. Lalla Yacout et
1, Rue El Araar - Casablanca
05.22.48.79.79 - 05.22.48.78.90

Dr. CHAKNR. BINEHRA

Lot:
À consommer
avant le:
PPC: 79,00 DH

90740
11/2022



8 032578 477337

LOT: 190215
DU 01/05/2022
07/06DH

Alpraz® 0,5 mg
28 comprimés sécables



6 118000 020530

LOT 191929 1
EXP 09 022
PPV 35.70
35,70 →

Dr. J. SIBAI

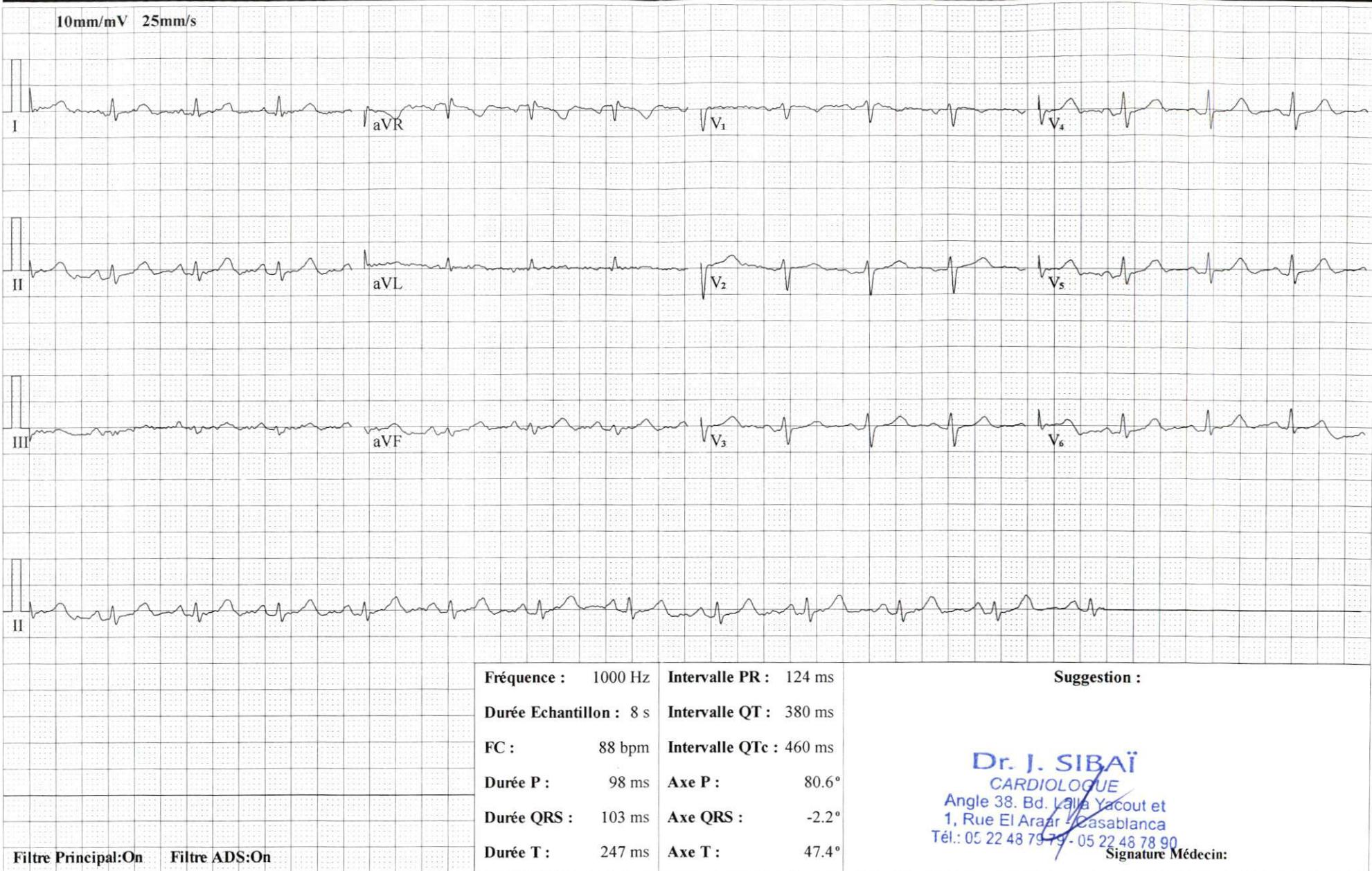
CARDIOLOGUE

Angle 38, Bd. Lalla Yacout et
1, Rue El Araar - Casablanca

Tél.: 05.22.48.79.79 - 05.22.48.78.90

صيادلة
بوركين
PHARMACIE DE BOURGOGNE
BERRADA TAZI Halima
341, Bd. Zerkouni - Casablanca
Tél.: 05.22.27.73.44





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

Signature Médecin: