

## 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



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0008935

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1631 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : KANOUNI MOSTAFA  
Date de naissance : 25 05 1953  
Adresse : BLED ABED N° 13 BAR BOUAZZA  
Rte AZEMMOUR (CASABLANCA)  
Tél. : 0671 065 123 Total des frais engagés : 1519,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. J. SIBAI

CARDIOLOGUE

Angle 38. Bd. Zalla Yacout et

1, Rue El Araar - Casablanca

Tél. : 05 22 48 79 79 - 05 22 48 78 90

Date de consultation : 05 OCT 2022

Nom et prénom du malade : KANOUNI Mostafa Age : 67

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

Nature de la maladie : Affection Cardiaque, HTA, Valvulopathie

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 : 06/10/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



### 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
06 OCT. 2022	C2 + ECG		300 dhs	CARDIOLOGUE Angle 38. Bd. Lalla Yacout et 1, Rue El Araar - Casablanca Tél.: 05 22 48 79 79 - 05 22 48 78 90

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE AIT ALI</b> DR. JAMAL AIT ALI 34 rue syrie 101 prog rurale Dar Bouazza Tél: 05 22 96 59 11 Inps 052098896	06/10/22	1219,20

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

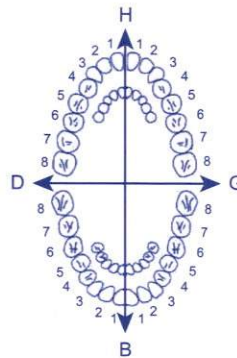
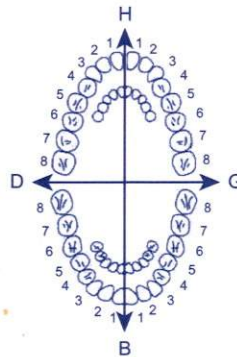
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

#### Important :

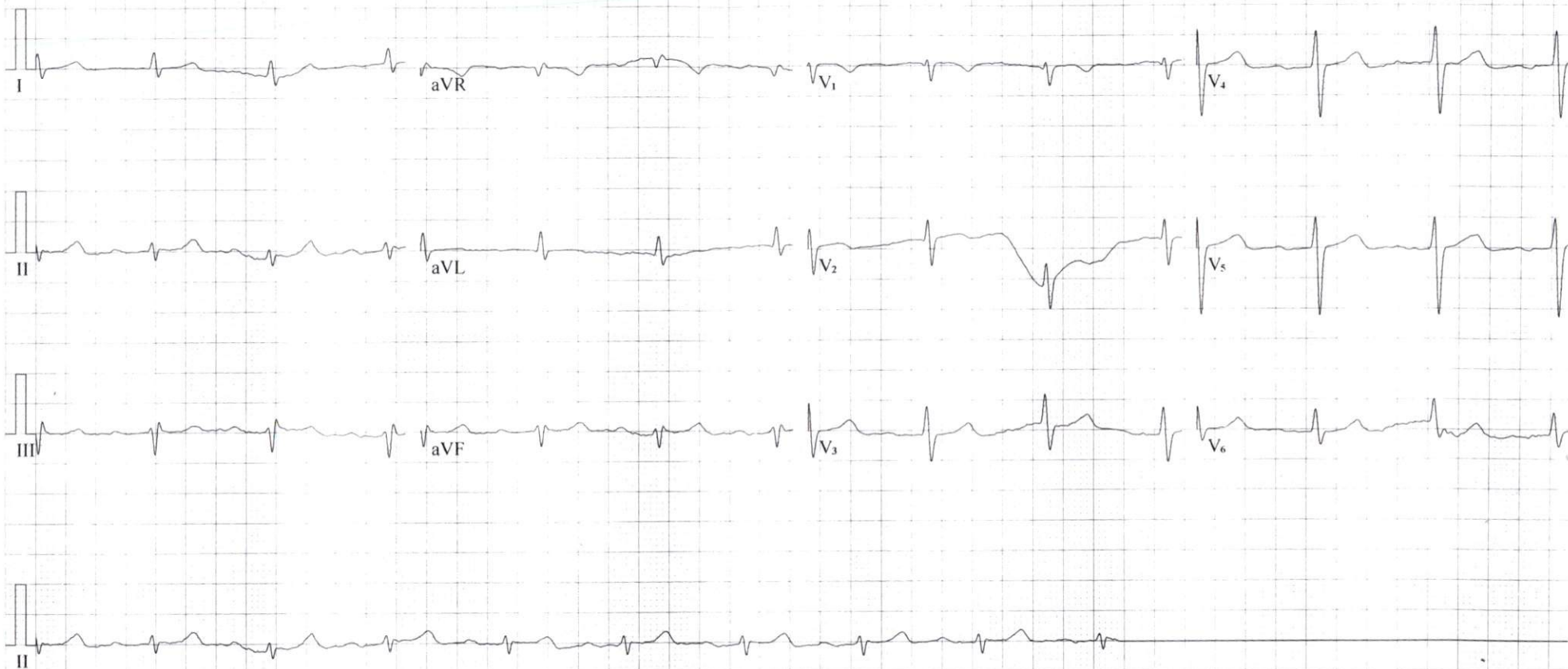
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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>D</td> <td>G</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	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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 LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

10mm/mV 25mm/s



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle PR :	166 ms
Durée Echantillon :	8 s	Intervalle QT :	440 ms
FC :	76 bpm	Intervalle QTc :	495 ms
Durée P :	100 ms	Axe P :	77.6°
Durée QRS :	158 ms	Axe QRS :	-0.5°
Durée T :	252 ms	Axe T :	46.4°

Suggestion :

**Dr. J. SIBAÏ**  
 CARDIOLOGUE  
 Angle 38, Bd. Zalla Yacout et  
 1, Rue El Arar - Casablanca  
 Tél.: 05 22 48 49 79 - 05 22 48 78 90

Signature Médecin:

Filtre Principal:On Filtre ADS:On



# 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 والشرابين  
خريج كلية الطب بباريس

أوقات العمل من الإثنين إلى الخميس من 9 إلى 15

والسبت من 9 إلى 11

العيادة مغلقة يوم الجمعة والسبت بعد الزوال والأحد

N° d'identification du praticien : 091129718

Casablanca, le 06 OCT. 2022

الموقع الوطني للاستدلال في

الدار البيضاء ، في

Mr. ANOUNI

Moskafa

PHARMACIE AIT ALI

DR. Jamal AIT ALI  
34 rue syndicat prog rurale  
Darbouazza  
Tél: 08 22 96 59 11  
Inpe 092098896

REGIME SANS SEL

224,00 x3

672,00 ✓

Exforge hct 160 / 5 / 125 14/3

TRAITEMENT DE 3 MOIS

68,90 x3

206,70 ✓

Flutax 157 14/3

TRAITEMENT DE 3 MOIS

77,80 x3

233,40 ✓

Cardenil 1,25 14/3

TRAITEMENT DE 3 MOIS

224,00 x3

35,90 x3

107,70

Landige 160 14/3

TRAITEMENT DE 3 MOIS

1219,20

PHARMACIE AIT ALI  
34 rue syndicat prog rurale  
Darbouazza  
Tél: 08 22 96 59 11  
Inpe 092098896

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



611800103056 9

**EXFORGE** ○  
**5mg/160mg**

28 comprimés pelliculés

PPV : 224,00 DH



611800103056 9

**EXFORGE** ○  
**5mg/160mg**

28 comprimés pelliculés

PPV : 224,00 DH



611800103056 9

**EXFORGE** ○  
**5mg/160mg**

28 comprimés pelliculés

PPV : 264,00 DH

**Exforge® 5 mg/160 mg**  
28 comprimés pelliculés

**Exforge® 5 mg/160 mg**  
28 comprimés pelliculés

**Exforge® 5 mg/160 mg**  
28 comprimés pelliculés

جدة مسكنات كحة  
لويس

Liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

Respecter les doses prescrites

68,90

Liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

Respecter les doses prescrites

68,90

Liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

Respecter les doses prescrites

68,90

LOT : 22E001  
PER : 07/2023

**KARDEGIC 160MG**  
**SACHETS B30**

P.P.V : 35DH70



6 118001 100842

**Cardensiel® 1,25 mg**  
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 77,80 DH

7862160237

LOT : 20E021  
PER : 06/2022

**KARDEGIC 160MG**  
**SACHETS B30**

P.P.V : 35DH70



6 118001 100842

**Cardensiel® 1,25 mg**  
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 77,80 DH

7862160237

LOT : 20E025  
PER : 07/2022

**KARDEGIC 160MG**  
**SACHETS B30**

P.P.V : 35DH70



6 118001 100842

**Cardensiel® 1,25 mg**  
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 77,80 DH

7862160237