

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7767 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENTAHILA SAAD

Date de naissance :

10.10.71.1973

Adresse : 40t la colline I. n° 24 Casab

Tél. : 06.66.87.26.69 Total des frais engagés : 300 + 2245,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dr. I. SIBAI
CARDIOLOGUE
Angle 38. Bd. Lalla Yacout et
Rue El Araar - Casablanca
Tel. 05 22 48 79 70 - 05 22 48 79 90

Conjoint
Enfant

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 : Casab Le : 29/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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
17 NOV. 2022	C ₂ +ECG		300 dhs	 Dr. SIBAI Lalla Yacout

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cacher du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA COLLINE <i>Dr. TAHIRI JOUDEH Amina</i> Sur parking CARREFOUR 35 23 IN RA 06 24 33 59 53 - OSM : 06 6 Tel: 06 22 33 59 53 - IF : 50731792 - CNSS : 6063493 PG : 246658 - Pat : 30103100 - IF : 50731792 - CNSS : 6063493 ICE : 00049302000004 - Email : pharmaciecolline11@hotmail.fr.	PHARMACIE DE LA COLLINE <i>Dr. TAHIRI JOUDEH Amina</i> Sur parking CARREFOUR 35 23 IN RA 06 24 33 59 53 - OSM : 06 6 Tel: 06 22 33 59 53 - IF : 50731792 - CNSS : 6063493 PG : 246658 - Pat : 30103100 - IF : 50731792 - CNSS : 6063493 ICE : 00049302000004 - Email : pharmaciecolline11@hotmail.fr.	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

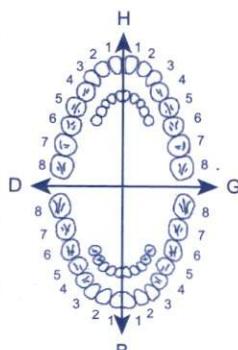
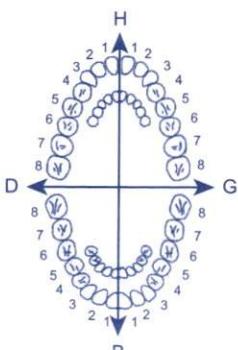
AUXILIAIRES MEDICAUX

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 Je traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				Coefficient des travaux											
				Montants des soins											
				Début d'exécution											
				Fin d'exécution											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient des travaux
H	G														
25533412	21433552														
00000000	00000000														
D	B														
00000000	00000000														
35533411	11433553														
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>														
				Montants des soins											
				Date du devis											
				Date de l'exécution											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ECG

Dr JSIBAI

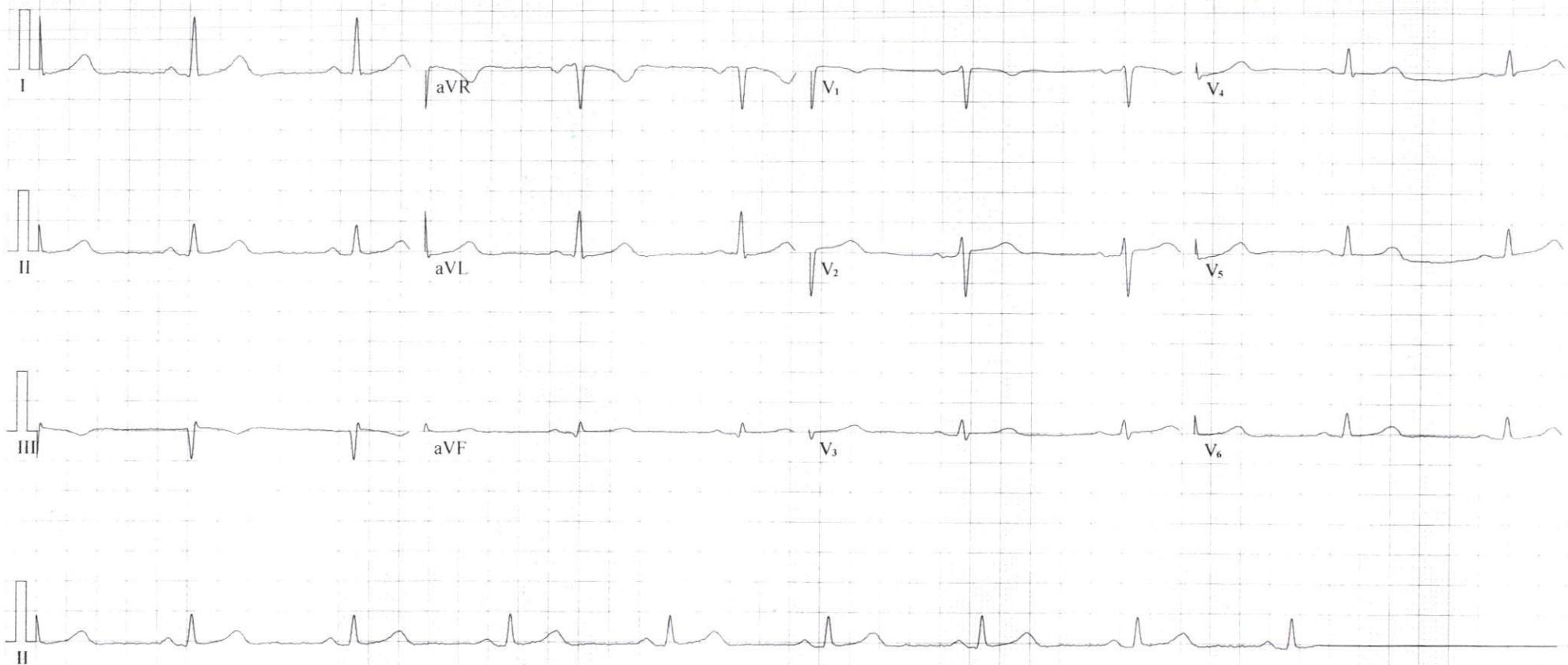
NOM: GHAZI SNOUSSI NADIA

ID : Sexe : Femme

Age : 58

Date : 17-11-2022

10mm/mV 25mm/s



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle PR :	135 ms
Durée Echantillon :	9 s	Intervalle QT :	470 ms
FC :	57 bpm	Intervalle QTc :	458 ms
Durée P :	101 ms	Axe P :	15.0°
Durée QRS :	110 ms	Axe QRS :	7.7°
Durée T :	330 ms	Axe T :	23.9°

Suggestion :
QRS deflection <= 1.0 mV in chest leads,

Dr. J. SIBAI
CARDIOLOGUE
Angle 38 Bd. Lalla Yacout et
1, Rue El Ayaar - Casablanca
Tél.: 05 22 48 79 79 - 05 22 48 78 00

Signature Médecin:

Filtre Principal:On

Filtre ADS:On



الدكتور جمال السباعي

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.

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين
خريج كلية الطب بباريس

أوقات العمل من الاثنين إلى الخميس من س 9 إلى س 15
والسبت من س 9 إلى س 11

العيادة مغلقة يوم الجمعة والسبت بعد الزوال والأحد

N° d'identification du praticien : 091129718 الرقم الوطني الاستدلالي :

Casablanca, le 17 NOV. 2022 الدار البيضاء ، في

M^e Ghazi Sibai q. Bentanla
Nadia

REGIME SANS SEL modeh

203,00

X 6

Co-TAREZ 160g / 125g

1cp / H

6 moj

157,80 x 6 Rouvras 10,19 / } 6 mn

Ex 40,40 1's. Metformyl 8g + SIBAI
2x45,60

Drs 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

2245160

زاوية 1، زنقة العرار (كى لوساك سباق) و 38 شارع لا يافوت - عمارة بمسى - الطابق الأول - الدار البيضاء 20090 الهاتف : 05 22 48 79 79 / 05 22 48 78 90

Angle 1, Rue El Araar (ex.Gay Lussac) et 38, Bd. Lalla Yacout - Imm.BMCI - 1er Etage - Casablanca 20090 - 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

Lot n°:

EXP:

PPV: 157 DH 80

Lot n°:

EXP:

PPV: 157 DH 80