

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 canalaire, 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 canalaire.

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 |

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.

N° W21-713274

15622

| | | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : | 16452 | Société : | RAM |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | EL AYAOUI SITTY |
| Nom & Prénom : | | | |
| Date de naissance : | | | |
| Adresse : | | | |
| Tél. : | Total des frais engagés : H 48 Dhs | | |

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

| | |
|---|---|
| Cachet du médecin : | Dr. J. SIBAI CARDIOLOGUE Angle 38, Bd. Allal Yacoub et 1, Rue El Abar - Casablanca Tél. : 05 22 48 79 79 - 05 22 48 78 90 |
| Date de consultation : | 01 FEV. 2023 |
| Nom et prénom du malade : | El Amraoui Selby |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint HTA claud |
| 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 : El Ayaoui

Le : 07/04/2023

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 | | |
| 01 FEV, 2023 | C ₂ + ECG | 300 dhs 300,- | | INP : 09112971A Dr. I. SIBAI CARDIOLOGUE Angle 38 Bd. Lalla Yacout et 1 Rue El Araar - Casablanca 38. Tel: 05 22 48 79 - 05 22 48 78 00 | | |
| EXECUTION DES ORDONNANCES | | | | | | |
| Cachet et signature du Pharmacien ou du Fourmeleur | Date | Montant de la Facture | | | | |
| Dr. Ahdane BIDAH 45, Boulevard OUMERRABH HAY HASSAN EL OULFA - CASABLANCA Tel: 05 22 90 88 12 | 01/02/23 | 168.20 | | | | |
| ANALYSES - RADIOPHARIES | | | | | | |
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| VOLET ADHERENT | | | | | | |
| * Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle. | | | | | | |

| 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOINS DENTAIRES | | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 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 PROTHÉSES DENTAIRES | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">25533412</td> <td style="padding: 0 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="padding: 0 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="padding: 0 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">35533411</td> <td style="padding: 0 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | H | 25533412 | 21433552 | | 00000000 | 00000000 | D | 00000000 | 00000000 | | 35533411 | 11433553 | G | | | B | | |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 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"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 الاثنين إلى الخميس من 9 إلى 15

والسبت من 9 إلى 11

العيادة مغلقة يوم الجمعة و السبت بعد الزوال و الأحد

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

Casablanca, le 01.FEV.2023 الدار البيضاء ، في

Dr. J. SIBAI
CARDIOLOGUE
Angle 38, Bd. Lalla Yacout et
1, Rue El Araar - Casablanca
Tél.: 05 22 48 79 79 - 95 22 48 78 90

REGIME SANS SEL

11H 8.00

ou conforter 85/125
Co-Zenovate 112,5
14 / g 5
6 mg}

PHARMACIE OUM ERRABI

Dr. Adnane BIDAH

49, Boulevard OUM ERRABI HAY HASSANI,
EL OULFA - CASABLANCA Tel. 05 22 90 88 72

Dr. J. SIBAI
CARDIOLOGUE
Angle 38, Bd. Lalla Yacout et
1, Rue El Araar - Casablanca
Tél.: 05 22 48 79 79 - 95 22 48 78 90

ECG

Dr J SIBAI

NOM:ELAMRAOUI SETTY

ID :22L039

Sexe :Femme

Age :48

Date :

14800



10mm/mV 25mm/s



Fréquence : 1000 Hz Intervalle PR : 122 ms

Suggestion :

Durée Echantillon : 10 s Intervalle QT : 418 ms

QRS axis ≥ 330 and ≤ 0 ,

FC : 64 bpm Intervalle QTc : 431 ms

Dr. J. SIBAI
CARDIOLOGUE

Durée P : 103 ms Axe P : 42.0°

Angle 38, Bd Lalla Yacoub et
1, Rue El Ayaar - Casablanca
Tél.: 05 22 43 79 79 - 05 22 43 78 90

Durée QRS : 100 ms Axe QRS : -25.2°

Durée T : 288 ms Axe T : 24.6°

Signature Médecin:

Filtre Principal:On Filtre ADS:On