

# 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.

## Diologie 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.

## Prothèse :

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

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° P19-0029457

ND: 14040

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2921 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SABIL ARISS

Date de naissance : 21-06-1954

Adresse : CASBA

Tél : 0661 672111 Total des frais engagés : 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 45 79 78 - 05 22 22 78 00

Date de consultation : 30 NOV 2019

Nom et prénom du malade : SABIL ARISS Age:

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

Nature de la maladie : HTA Chronique

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) : ACCUEIL



# 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
30 NOV. 2019	C2 + ECG		300 dhs	CARDIOLOGUE 38, Bd. Lalla Yacout et Rue El Araab - Casablanca Tél: 05 22 46 79 79 - 15 22 46 78 90

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/11/19	799,40

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

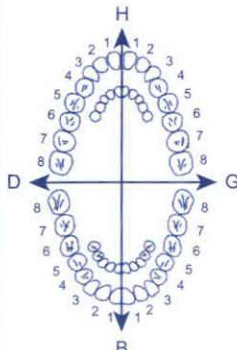
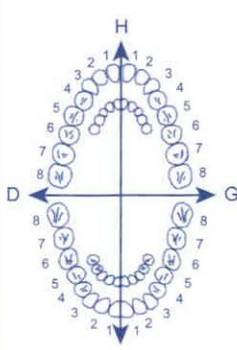
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>             H              25533412              00000000              D           </div> <div>             21433552              00000000              G           </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>             00000000              35533411           </div> <div>             00000000              11433553           </div> </div> 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 LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Jamal SIBAI

CARDIOLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine

de Paris

**Horaires**  
**du Lundi**

**San**

**Fermé le vendredi, sa**

**Pour Prendre RDV**

**LOXEN® 20 mg**  
30 comprimés sécables

Distribué sous licence par  
LAPROPHAN S.A.  
Casablanca - Maroc

-- LAPROPHAN --

PPV : 65DH40

**LOXEN® 20 mg**  
30 comprimés sécables

Distribué sous licence par  
LAPROPHAN S.A.  
Casablanca - Maroc

-- LAPROPHAN --

PPV : 65DH40

**LOXEN® 20 mg**  
30 comprimés sécables

Distribué sous licence par  
LAPROPHAN S.A.  
Casablanca - Maroc

-- LAPROPHAN --

PPV : 65DH40

**LOXEN® 20 mg**  
30 comprimés sécables

Distribué sous licence par  
LAPROPHAN S.A.  
Casablanca - Maroc

-- LAPROPHAN --

PPV : 65DH40

**LOXEN® 20 mg**  
30 comprimés sécables

Distribué sous licence par  
LAPROPHAN S.A.  
Casablanca - Maroc

-- LAPROPHAN --  
PPV : 65DH40

du praticien : 05 22 48 79 79 / 05 22 48 78 90 : الرقم الوطني الإستدلائي :

30 NOV. 2019

Casablanca, le

الدكتور جمال السباعي

اختصاصي في أمراض القلب والشرابيين  
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

لأخذ موعد اتصلا ب : 06 22 180 812



P.P.V. : 239,00 DH  
B28  
Co-aprovel 300mg/17.5mg  
Min sebal Casablanca  
Route de Rabat - R.P. 1  
Sanofi-Aventis Maroc

Mr. SIBAI Dr. S

REGIME SANS SEL

23/11  
Co. Aprovel 300/25, 1cp/j  
65,40 x 6  
Loxen 20mg 1cp x 2/j  
28,30 x 6  
Stuophag 1000, 1cp/j

799,40



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

2800

2800

2800

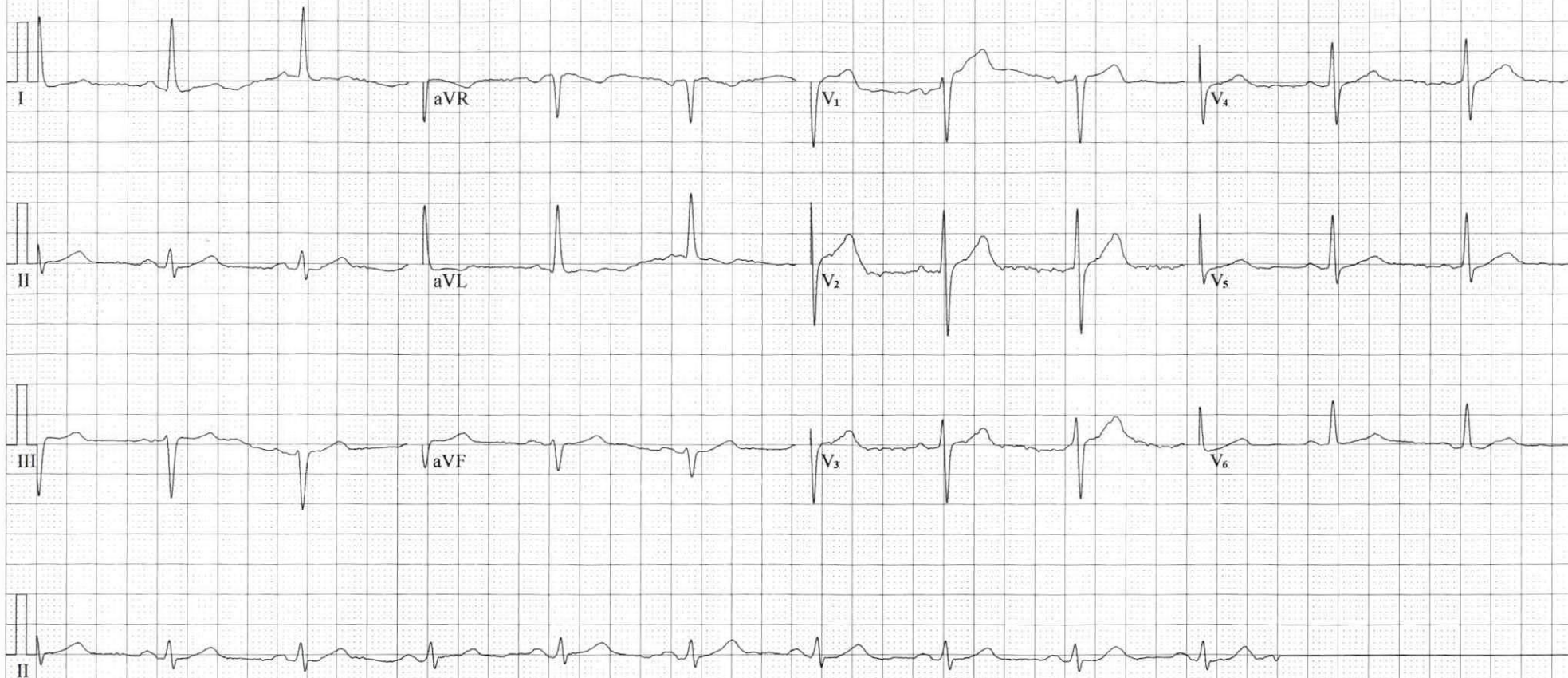
2800

2800



2800

10mm/mV 25mm/s



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle PR :	123 ms
Durée Echantillon :	8 s	Intervalle QT :	427 ms
FC :	70 bpm	Intervalle QTc :	461 ms
Durée P :	93 ms	Axe P :	55.1°
Durée QRS :	118 ms	Axe QRS :	-20.5°
Durée T :	279 ms	Axe T :	67.3°

Suggestion :

Dr. J. SIBAÏ  
CARDIOLOGUE  
Angle 38. Bd. Lalla Yacout et  
1, Rue El Arbaï - Casablanca  
Tél.: 06 22 46 78 79 - 05 22 46 78 90

Signature Médecin: