

# 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.

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.

Education :

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.

Traitements :

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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Déclaration de Maladie

Nº P19- 063001

ND: 35842

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1631

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KANOUJI MOSTAFA

Date de naissance : 25 05 1953

Adresse : BLED ABED N°13 DAR BOUAZZA QF AZEMOUR CASABLANCA

Tél. : 0671 065 128 Total des frais engagés : 1423,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25 JUIL 2020

Nom et prénom du malade : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection Cardiaque (Planteur), HTA

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 : RAM 25/07/2020

Le : 25/07/2020

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
JUIL. 2020	C <sub>2</sub> + ECG		300 dhS	CARDIOLOGUE Angle 38, Bd Lalla Yacout et 1, Rue El Aaraar - Casablanca Tél: 02 24 57 76 / 06 71 5 70 00 - 06 70 00

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DAR BOUAZZA ZAHIAOUI Amira Dar Bouazza - El Jadida - BP 93 Tél : 05 22 29 01 74 - Dar Bouazza	25/12/2023	1423,50

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

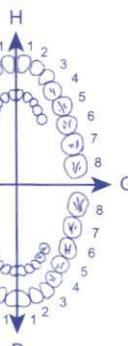
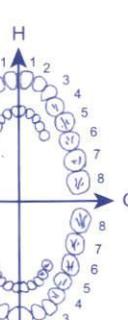
## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **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 de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'exploration.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

# Docteur Jamal SIBAI

## CARDIOLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Explorations cardio-vasculaires

(ECG, Holter, Epreuve d'Effort,

Echo Cardiographie et Doppler Couleur)

الدكتور جمال السباعي

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

خريج كلية الطب بباريس

الفحص الآلي للقلب والشرايين

N° d'identification du praticien : 091129718

Casablanca, le 25 JUIL. 2020

الرقم الوطني الإستدلالي :

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

Mr KANOUNI MOSTAFA

REGIME SANS SEL ماء

~~361,00 x 3  
1083,00~~ Exforge 5g / 160g 19/11  
TRAITEMENT DE 3 MOIS

~~35,20 x 3  
107,10~~ Kardegi 160g 1/11/2019  
TRAITEMENT DE 3 MOIS

~~77,80 x 3  
233,40  
423,50~~ Cardensil 1,25g 1,25g 19/11  
TRAITEMENT DE 3 MOIS



حي لوساك سابق) و 38 شارع للا بالقاوت - عمارة بمسى - الطابق الأول - الدار البيضاء

Angle 1, Rue El Araar (ex.Gay Lussac) et 38, Bd. Lalla Yacout - Imm.BMCI - 1<sup>er</sup> Etage

الهاتف : 05 22 48 79 79 / 05 22 48 78 90

Pour Prendre RDV appeler le : 06 22 180 812

لأخذ موعد اتصلوا ب :





611800103056 9

EXFORGE ○

5mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361.00 DH

**Exforge® 5 mg/160 mg**

28 comprimés pelliculés

**RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**Liste I - Uniquement sur ordonnance.  
احترم الجرعات الموصوفة

611800103056 9

EXFORGE ○

5mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361.00 DH

**Exforge® 5 mg/160 mg**

28 comprimés pelliculés

**RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لائحة ١ - يصرف فقط بموجب وصفة طبية



611800103056 9

EXFORGE ○

5mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361.00 DH

**Exforge® 5 mg/160 mg**

28 comprimés pelliculés

**RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

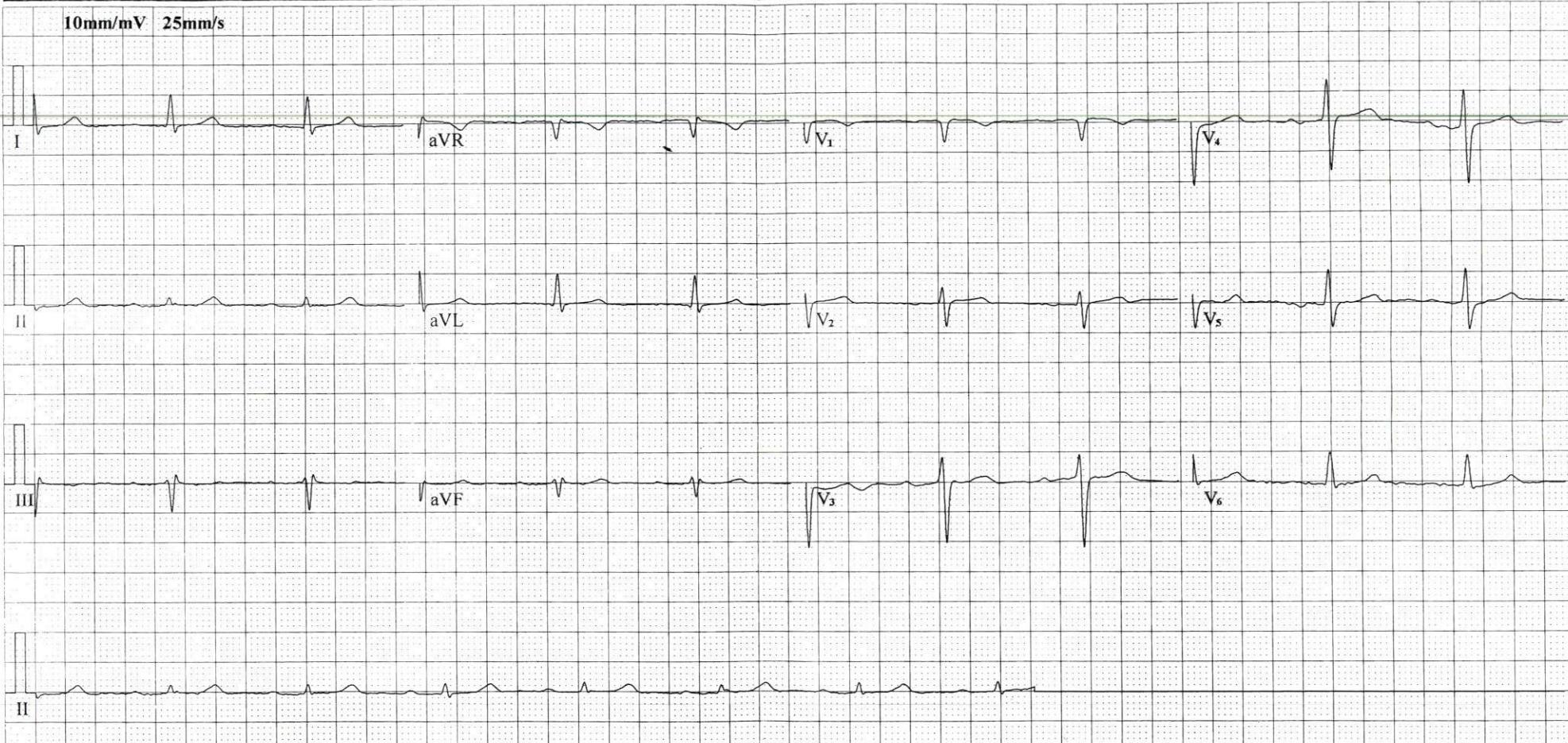
احترم الجرعات الموصوفة

لائحة ١ - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

# ECG

Dr J SIBAI

NOM:KANOUNI MOSTAFA ID : Sexe :Homme Age :67 Date :25-7-2020



Fréquence : 1000 Hz      Intervalle PR : 166 ms

Durée Echantillon : 7 s      Intervalle QT : 465 ms

FC : 65 bpm      Intervalle QTc : 484 ms

Durée P : 103 ms      Axe P : 74.1°

Durée QRS : 145 ms      Axe QRS : -6.3°

Durée T : 290 ms      Axe T : 31.0°

Suggestion :

QRS axis >= 330 and <= 0,

Dr. J. SIBAI  
CARDIOLOGUE  
Angle 38, Bd. Houllia Yacout et  
1, Rue El Aoua - Casablanca  
Tél.: 02-2672790 - 05-242-78-90

Signature Médecin: