

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 3 mois.

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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** ☐ **A**

Cadre réservé à l'adhérent (e) **18250**

Matricule : **1238** Société : _____

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : _____

Nom & Prénom : **MANSOURI YAKIAOUI BACHIR**

Date de naissance : **07 03 1950**

Adresse : **11 RUE BACHIR IBRAHIMI AP 72
4 GIRONDE**

Tél. : **0661314195** Total des frais engagés : **1508,-**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. J. SIBAI
CARDIOLOGUE
Angle 38. Bd. Lalla Yacout et
1, Rue El Araat - Casablanca
46 79 79 - 05 22 48 78 90**

Date de consultation : **26 NOV. 2019**

Nom et prénom du malade : **MANSOURI BACHIR** 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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **28 JAN.** Le : **15/12/2019**

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 Medecin attestant le Paiement des Actes
26 NOV 2019	C ₂ + ECG	300 dhs		<div> <div> 091129718 </div> <div> Dr. J. SIBAI CARDIOLOGUE Angle 38. Bd. Lalla Yacout et 1, Rue El Araar - Casablanca Tél : 0 20 41 19 19 - 15 00 - 78 00 </div> </div>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26 NOV 2019	1248,-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

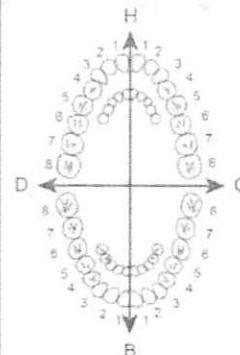
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

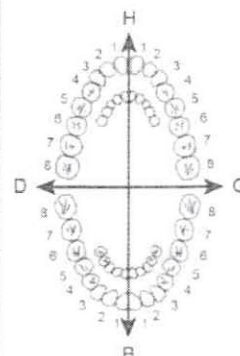
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

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'EXE

☒ valable 3 mois

Le 26/11/2019

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Dr. I. SIBAI
CARDIOLOGUE

Angle 38. Bd. Lalla Yacout et

Certifie que Mlle, Mme, M. :

1. Rue El Anassr - Casablanca

Tél.: 05 22 48 19 14

BACUN

Présente

hza chaz

Nécessitant un traitement d'une durée de :

TRAITEMENT DE 3 MOIS

Dont ci-joint ordonnance :

Dr. I. SIBAI
CARDIOLOGUE

Angle 38. Bd. Lalla Yacout et

1. Rue El Anassr - Casablanca

Tél.: 05 22 48 19 14

(à défaut noter le traitement prescrit)

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.

Formé le vendredi, samedi après-midi et le dimanche.

Pour Prendre RDV appeler le : 06 22 180 812

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 اتصلوا بر : 06 22 180 812

N° d'identification du praticien : 091129718

الرقم الوطني الاستدلالى :

Casablanca, le

26 NOV. 2019

الدار البيضاء ، في

Dr. J. SIBAI
CARDIOLOGUE
Angle 38. Bd. Lalla Yacout et
1, Rue El Araar - Casablanca
Tél.: 05 22 48 79 79 / 06 22 180 812

REGIME SANS SEL *modèle*

COVERAM 5mg / 5mg 1 cp x 2/j

TRAITEMENT DE 3 MOIS

Dr. J. SIBAI
CARDIOLOGUE

Angle 38. Bd. Lalla Yacout et
1, Rue El Araar - Casablanca

Tél.: 05 22 48 79 79 / 06 22 180 812

CHECK-LIST

DOCUMENTS A FOURNIR POUR LE DEPOT DE VOTRE FEUILLE DE SOINS

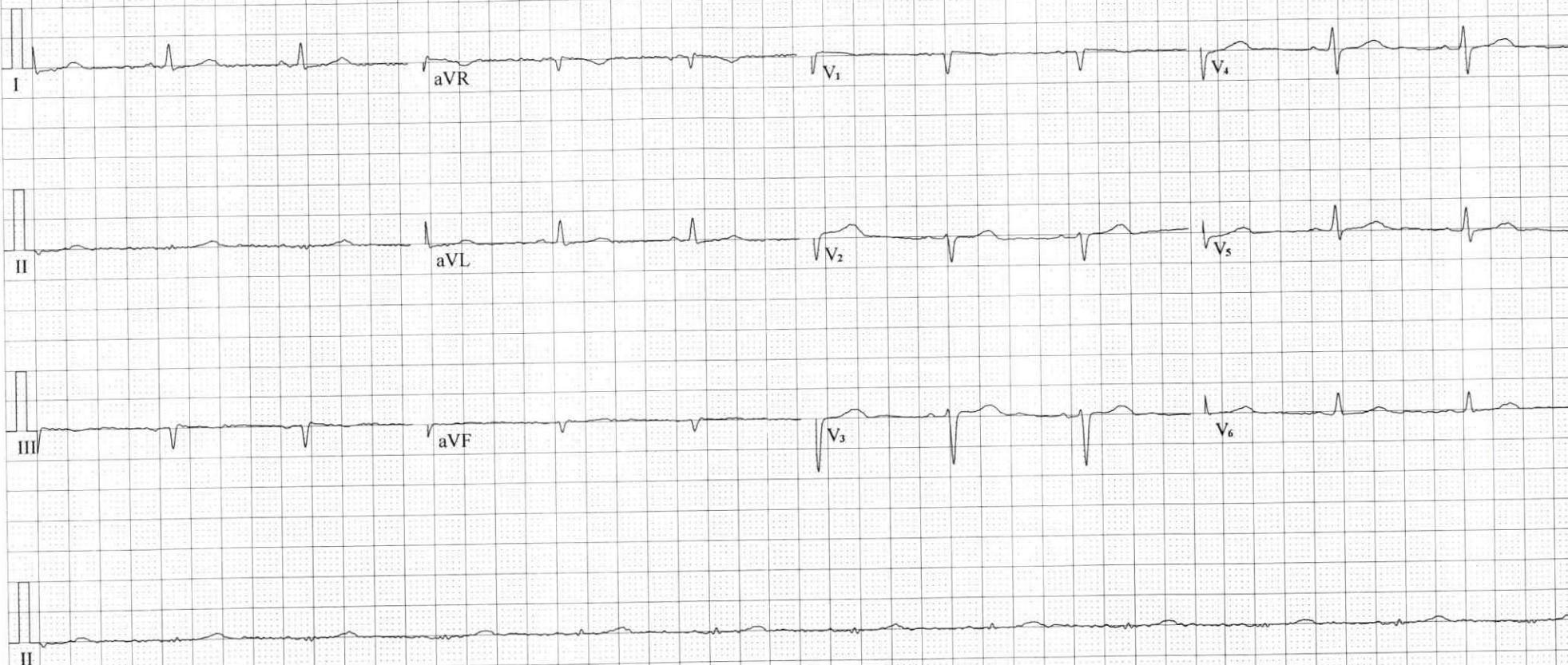
BIOLOGIE ET RADIOLOGIE		Nombre
<input checked="" type="checkbox"/> Copie des résultats		<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Facture		<input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Ordonnance		<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Pli confidentiel		<input type="text"/>
DENTAIRE		
<input type="checkbox"/> Accord préalable <u>avant</u> le traitement, en cas de prothèses ou traitement canaux		<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Facture		<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Radio <u>après</u> traitement, en cas de prothèses ou traitement canaux		<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Radio <u>avant</u> traitement, en cas de prothèses ou traitement canaux		<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Restitution des anciennes prothèses		<input type="text"/>
HOSPITALISATION		
<input type="checkbox"/> Cachet de la clinique sur la feuille de soins		<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Compte rendu opératoire		<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Copie compte rendu des radios		<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Copie résultat de l'anatomopathologie		<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Copie résultat des analyses		<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Détail et justificatif de la pharmacie En cas d'hospitalisation médicale?		<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Entente préalable		<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Notes d'honoraires		<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Ordonnance et factures des actes sous traités		<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Pli confidentiel En cas d'intervention chirurgicale?		<input type="text"/>
OPTIQUE		
<input type="checkbox"/> Facture de l'opticien		<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Ordonnance		<input type="text"/>
REEDUCATION		
<input type="checkbox"/> Copie compte rendu radio relative à la même maladie		<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Entente préalable remplie par le médecin		<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Facture		<input type="text"/>
PHARMACIE		
<input checked="" type="checkbox"/> Ordonnance *		<input type="text" value="1"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Vignettes des médicaments PPV **		<input type="text" value="6"/>

* En cas d'ALD (Affection Longue Durée), l'ordonnance n'est pas obligatoire. Par contre, il est nécessaire une déclaration de la maladie chronique (à renouveler en fonction du type de maladie. Généralement tous les trimestres)

** Une facture est obligatoire si le prix ne figure pas sur le PPV ou si le médicament est acheté à l'étranger ou dans le cas de l'achat libre

En cas d'accident veuillez préciser les causes et circonstances:	Matricule:	FS n°: <u>W19-474134</u>
	Signature de l'adhérent	Signature & visa de la MUPRAS

10mm/mV 25mm/s



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle PR :	100 ms
Durée Echantillon :	30 s	Intervalle QT :	415 ms
FC :	67 bpm	Intervalle QTc :	438 ms
Durée P :	69 ms	Axe P :	-9.6°
Durée QRS :	98 ms	Axe QRS :	-30.1°
Durée T :	287 ms	Axe T :	35.7°

Suggestion :
QRS axis ≥ 270 and < 330 ,

Dr. J. SIBAI
CARDIOLOGUE
Angle 48 - 50, Lalla Yacout et
1, Rue El Araar - Casablanca
Tél.: 05 22 48 79 79 - 05 22 48 79 91

Signature Médecin:

Filtre Principal:On Filtre ADS:On