

# 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 6 mois.

## Adresses Mails utiles

Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0043588

ND: 19558

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3081 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RAOUZ AHMED

Date de naissance : 1992

Adresse :

Tél : 06 62 47 70 16 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 Arabi - Casablanca  
Tél : 0 22 46 79 79 - 05 22 22 78 18

Date de consultation : 03 FEV. 2020

Nom et prénom du malade : QUARIB Ep RAOUZ RACHIDA Age :

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

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 CAS 4 Le : 03/02/2020

Signature de l'adhérent(e) :

# 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
01 FEV. 2020	C2 + ECG		300 dhs	Dr. L. SIBAL CARDIOLOGUE Angle 38. Bd. Yacout et 1. Rue El Zouhri - Casablanca Tél. 06 24 44 35 49 - 05 03 11 50 00

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
	3/2/20	1466,10

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

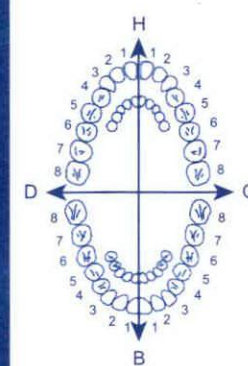
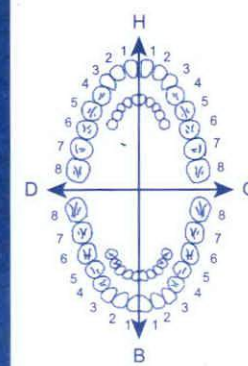
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'...

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																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
				MONTANTS DES SOINS																					
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS																					
			DATE DE L'EXECUTION																						

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 d'ouverture :  
du Lundi au jeudi 9h à 15h.

Samedi 9h à 11h.

Fermé 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 س 9 إلى س 15

والسبت من س 9 إلى س 11

العيادة مغلقة يوم الجمعة والسبت بعد الزوال والأحد

لأخذ موعد اتصلوا بـ : 06 22 180 812

N° d'identification du praticien : 091129718

الرقم الوطني الاستدلالي :

Casablanca, le 03-FEV. 2020 في الدار البيضاء ،



Mr QUARIB y. RAOUZ Rachida

REGIME SANS SEL

2000 x 6 = 12000

micardis 100

(NS)

1g x 2/j 6 lnks

72,00 x 2 = 144,00

Detenidil 100

(NS)

1/2 g / j 2 lnks

23,10

Lysanxia 1g

(NS)

1 g / j 2 lnks

99,00

Oeds 2g

(NS)

1 g / j 3 lnks

1466,10

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

RAOUZ AHMED M<sup>e</sup> 3081

6 118001 040254  
MICARDIS PLUS 80mg / 12,5mg  
(Telmisartan / Hydrochlorothiazide)  
28 comprimés  
BOTTU S.A. PPV : 200 DH 00

6 118001 040254  
MICARDIS PLUS 80mg / 12,5mg  
(Telmisartan / Hydrochlorothiazide)  
28 comprimés  
I.S.A. PPV : 200 DH 00

6 118001 040254  
MICARDIS PLUS 80mg / 12,5mg  
(Telmisartan / Hydrochlorothiazide)  
28 comprimés  
BOTTU S.A. PPV : 200 DH 00

6 118001 040254  
MICARDIS PLUS 80mg / 12,5mg  
(Telmisartan / Hydrochlorothiazide)  
28 comprimés  
BOTTU S.A. PPV : 200 DH 00

6 118001 040254  
MICARDIS PLUS 80mg / 12,5mg  
(Telmisartan / Hydrochlorothiazide)  
28 comprimés  
BOTTU S.A. PPV : 200 DH 00

6 118001 040254  
MICARDIS PLUS 80mg / 12,5mg  
(Telmisartan / Hydrochlorothiazide)  
28 comprimés  
BOTTU S.A. PPV : 200 DH 00

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables  
6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables  
6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma

UT. AV : 23,10 P.P.V.  
LOT N° : 12743 9

LOT 190816  
EXP 01/2022  
PPV. 99.00DH

☒ **valable 3 mois**

Le 03/FEV. 2020/20.....

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

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

Je soussigné :

DR. J. SIBAI  
CARDIOLOGUE

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Angle 38. 08. Lalla Yacoub et  
Rue El  
Tél.: 05 22 46 73 79 - 05 22 46 78 80

Présente

HTA chronique

Nécessitant un traitement d'une durée de :

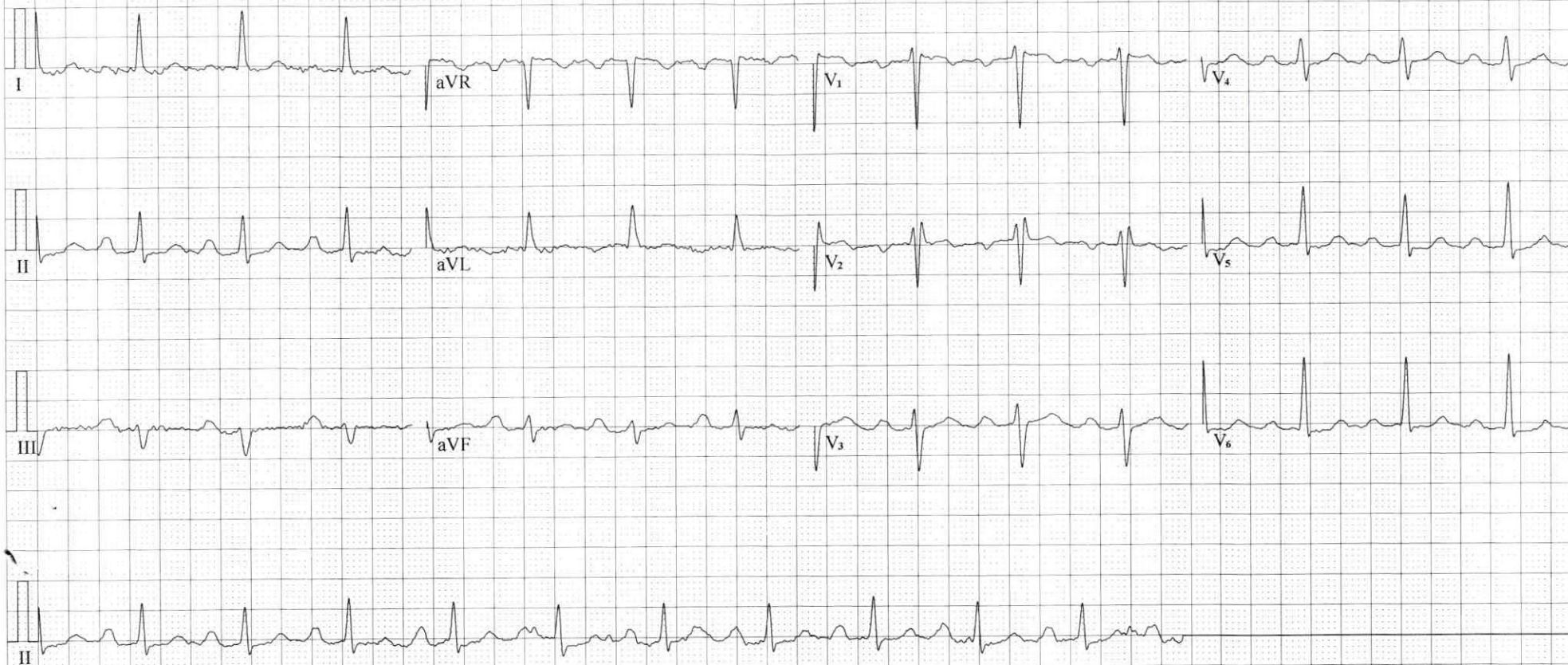
TRAITEMENT DE 3 MOIS

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

DR. J. SIBAI  
CARDIOLOGUE  
Angle 38. 08. Lalla Yacoub et  
Rue El  
Tél.: 05 22 46 73 79 - 05 22 46 78 80

10mm/mV 25mm/s



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle PR :	190 ms
Durée Echantillon :	7 s	Intervalle QT :	441 ms
FC :	87 bpm	Intervalle QTc :	531 ms
Durée P :	131 ms	Axe P :	78.2°
Durée QRS :	155 ms	Axe QRS :	6.7°
Durée T :	256 ms	Axe T :	82.4°

Suggestion :

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

Signature Médecin:

Filtre Principal:On Filtre ADS:On