

# 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.

## Éducation :

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

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- 0048657  
N° = 2008

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3288 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : ZAHIDY AHMED

Date de naissance : 01-01-53

Adresse :

Tél. : 06 61 25 80 27 Total des frais engagés : 965.30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28 NOV 2019

Nom et prénom du malade : ZAHIDY AHMED 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 communiquant des 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 : 20 FEB 2019

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
NOV. 2019	C <sub>2</sub> + ECG		300 dhs	Angèle 38 - Hélilia Yacoubi et Dr. L. SIBAI CARDIOLOGUE

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/11/19	665.30

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

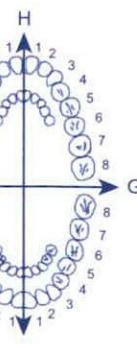
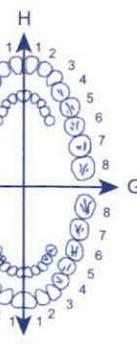
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ostéodensitométrie.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	G																
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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'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.

Dimanche midi et la dimanche.

UT.AV : 0 7 2 2 2

P.P.V.

LOT N° : 1 2 7 8 5 7 3

3 6 6 0

الدكتور جمال

136,60

اختصاصي في أمراض الأ

خريج كلية الطب بباريس

أوقات العمل من الاثنين 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 ب : 06 22 180 812

UT.AV :

P.P.V.

12

LOT N° :

136,60

3 6 6 0

0

praticien : 091129718

Casablanca, le

28 NOV. 2019

الرقم الوطني الإستدلالي :

دار البيضاء ، في

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

Mr ZAKI DY Ahmed

REGIME SANS SEL

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70  
LOT : 19E007  
PER. 04 2021



6 118001 081189

136,60  
x 2

① Amlo 5 - 14/18

TRAITEMENT DE 3 MOIS

55,93

① Xedil 25, 14/18

TRAITEMENT DE 3 MOIS

35,70  
x 3

① Kaderjiz 160g 1 zebet/1

TRAITEMENT DE 3 MOIS

665,30

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



6 118001 081189

Dr. J. SIBAI

CARDIOLOGUE

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

Tél: 05 22 48 78 90



# ECG

Dr J SIBAI

NOM:ZAHIDY AHMED ID : Sexe :Homme Age :66 Date :28-11-2019



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle PR :	134 ms
Durée Echantillon :	8 s	Intervalle QT :	434 ms
FC :	58 bpm	Intervalle QTc :	426 ms
Durée P :	98 ms	Axe P :	21.7°
Durée QRS :	123 ms	Axe QRS :	80.4°
Durée T :	281 ms	Axe T :	75.0°

Suggestion :

Dr. J. SIBAI  
CARDIOLOGUE  
Angle 38, Bd. Malla Yacout et  
1, Rue El Azaiez - Casablanca  
Tél.: 05 22 48 77 99 - 5 77 77 79 90

Signature Médecin:

Filtre Principal:On Filtre ADS:On



Build:20070122

Imprime : 28-11-2019 12:33:18

Page 1