

## 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 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

(94155)

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>3288</u>		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre :		<u>ZAHIDY Ahmed</u>	
Nom & Prénom :		Date de naissance : <u>01-01-1953</u>	
Adresse :			
Tél. : <u>0661288097</u>		Total des frais engagés : _____ Dhs	

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :	Dr. I. SIBAI CARIOLOGUE Angle 3B Bd El Aarab et Rue El Araar - Casablanca TEL: 05 22 46 79 / 9 - 05 22 22 78 18
Date de consultation :	/ /
Nom et prénom du malade :	Age: _____
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) :

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
SEP. 2021	<u>C + ECG</u>	<u>2</u>	<u>300 dhs</u>	INP : <u>091729718</u>  Angle 36 et Lalla Yacoubia 1, Rue El Karaan - Casablanca Tel: 0522 6629 29 - 0522 46 35

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Distributeur <b>INPE</b>	Date	Montant de la Facture
<b>092025014</b> <b>PHARMACIE EL LOTF</b> <b>Mme. BENJELOUN NEAMA</b> <b>212, Bd Dhouib Tensift EL Oualfa</b>	<b>11/09/04</b>	<b>635,70</b>

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

BELEVE 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'ODF.

**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.

الدكتور جمال السباعي

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

خريج كلية الطب بباريس

أوقلت 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

N° d'identification du praticien : 091129718

الرقم الوطني الاستدلالي:

Casablanca, le ..... 01 SEP. 2021

الدار البيضاء، في

M<sup>r</sup> ZAHRIDY

Ahmed

REGIME SANS SEL

80,20

80,20

35,00

27,70

635,70

Autov 5 > 19/12

TRAITEMENT DE 3 MOIS

Xedil 25 29/12

TRAITEMENT DE 3 MOIS

Cardio aspirine 19/12

TRAITEMENT DE 3 MOIS

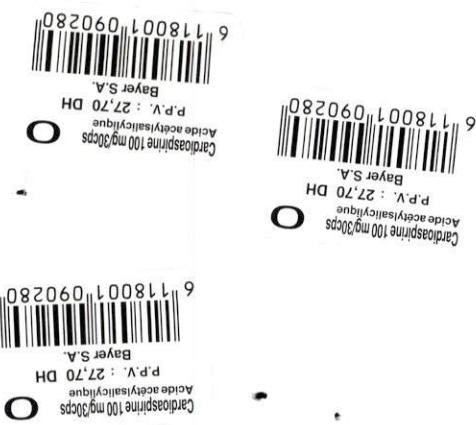
PHARMACIE EL LOTF  
Mme. BENJELLOUN NEAMA  
313, Bd. Oued Tensift El Oulfa  
Casablanca - Tél: 022.91.00.72

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



زاوية 1، زنقة العرار (كى لو ساك سابقا) و 38 شارع لا البيقوت - عمارة بعسي - الطبق الأول - الدار البيضاء 20090 الهاتف : 00179045100004 - 05 22 48 79 79 / 05 22 48 78 90

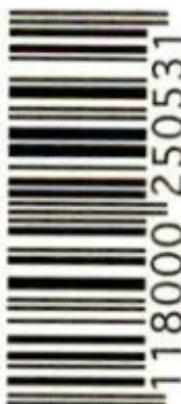
Angle 1, Rue El Araar (ex.Gay Lussac) et 38, Bd. Lalla Yacout - Imm.BMCI - 1er Etagé - Casablanca 20090 - Tél.: 05 22 48 79 79 / 05 22 48 78 90



RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

**Amloï<sup>®</sup> 5 mg**

28 COMPRIMÉS



6

118000250531

LE 28

**5 mg**



UT.AV :

P.P.V.

89 20

LOT N° : 129359

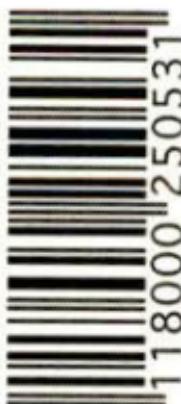
89,20

09366067/7

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

**Amloï<sup>®</sup> 5 mg**

28 COMPRIMÉS



6

118000250531

LE 28

**5 mg**



UT.AV :

P.P.V.

89 20

LOT N° : 129359

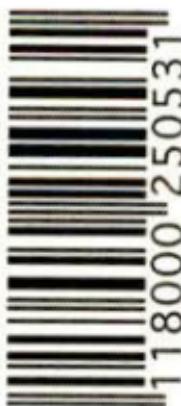
89,20

09366067/7

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

**Amloï<sup>®</sup> 5 mg**

28 COMPRIMÉS



6

118000250531

L3, 28

**5 mg**



UT.AV :

P.P.V.

89 20

LOT N° : 129359

89,20

09366067/7



95,00

# كسيلول

كسيلول



**XEDILOL 25 mg**  
Boîte de 30 comprimés sécables  
AMM N°148/15 DMP/21/NRQ



6 118000 021773





95,00

# كسيلول

كسيلول



**XEDILOL 25 mg**  
Boîte de 30 comprimés sécables  
AMM N°148/15 DMP/21/NRQ



6 118000 021773





95,00

# كسيلول

كسيلول



**XEDILOL 25 mg**  
Boîte de 30 comprimés sécables  
AMM N°148/15 DMP/21/NRQ



6 118000 021773

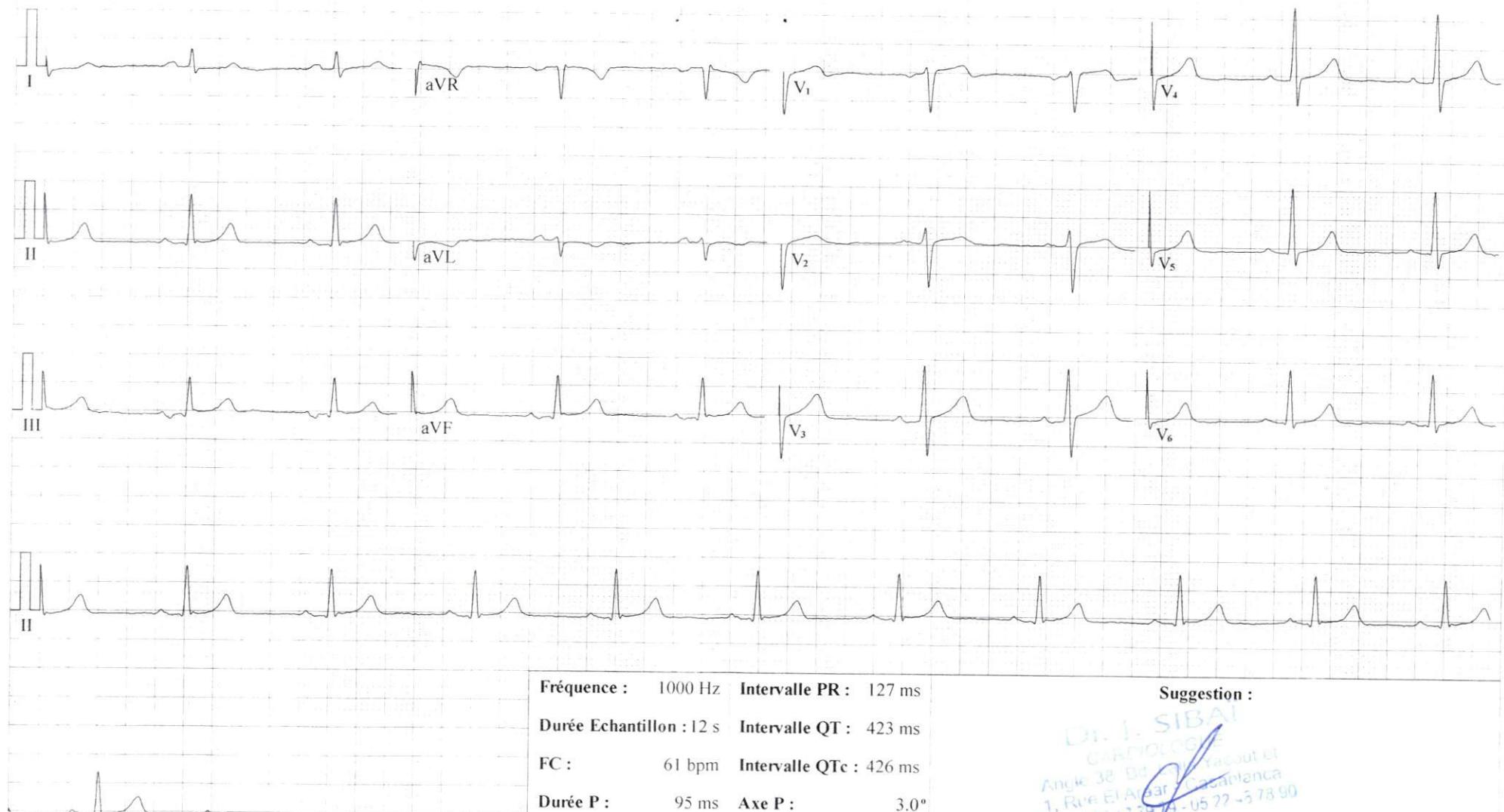


# ECG

Dr J SIBAI

NOM: ZAHIDY AHMED ID : Sexe : Homme Age : 68 Date : 1-9-2021

10mm/mV 25mm/s



Fréquence : 1000 Hz Intervalle PR : 127 ms

Suggestion :

DR. J. SIBAI  
CARDIOLOGIE  
Rue Yacoub et  
Angle 38 Bd Hassan II Casablanca  
1, Rue El Azaar 105 22 48 78 90  
Tél: 05 22 48 79 59 - 05 22 48 78 90

Durée Echantillon : 12 s Intervalle QT : 423 ms

FC : 61 bpm Intervalle QTc : 426 ms

Durée P : 95 ms Axe P : 3.0°

Durée QRS : 117 ms Axe QRS : 80.0°

Durée T : 276 ms Axe T : 78.1°

Signature Médecin:

Filtre Principal:On Filtre ADS:On

