

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

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.

MUPRAS : Centre Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-707378

☒ 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. : 0661258027 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. J. SIBAÏ  
CARDIOLOGUE  
Angle 38. Bd. Lalla Yacout et  
1, Rue El Arzar - Casablanca  
Tél.: 05 22 48 79 79 - 05 22 48 78 90

Date de consultation : .....

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, 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) : .....

VOLET ADHÉRENT

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019





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
2-1-SEP-2022			300 dhs	CARDIOLOGUE N° 88 - Bd. Lalla Yacout et 1, Rue El Anzar - Casablanca Tél.: 05 22 48 78 90

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/9/22	998,30

INPE: 092025014

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	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.														
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										

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

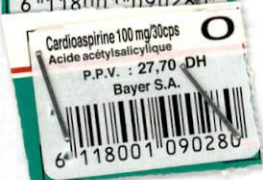
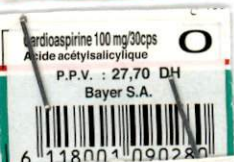
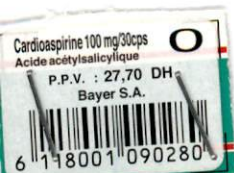
اختصاصي في أمراض القلب والشرابيين

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



89,90  
x6

27,70  
x3

95,00  
x4

998,30

N° d'identification du praticien

091429718

Casablanca, le

11 SEP. 2022

M<sup>r</sup> Zaidy

Ahmed

REGIME SANS SEL



Amla 5mg

1g x 2/j

TRAITEMENT DE 3 MOIS



Cardioaspirine

1g /j

TRAITEMENT DE 3 MOIS



Xedibol 2g

1g x 2/j

TRAITEMENT DE 3 MOIS

PHARMACIE EL LOTF

Mme. BENJELLOUN NEAMA

313, Bd. Oued Tensif El Oulfa

Casa. Maroc. Tél. 05 22 48 79 90

Dr. J. SIBAÏ

CARDIOLOGUE

Angle 38, Bd. Lalla Yacout et

1, Rue El Araar - Casablanca

Tél.: 05 22 48 79 79 - 05 22 48 78 90

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

**Amlor** 5 mg

28 COMPRIMÉS



6 118000 250531

28 قرص

5 mg



UT.AV :

31 2025

P.P.V.

89 20

LOT N° :

FT 4913

09366067/7

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

**Amlor** 5 mg

28 COMPRIMÉS



6 118000 250531

28 قرص

5 mg



UT.AV :

31 2025

P.P.V.

89 20

LOT N° :

FT 4913

09366067/7



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

**Amlor** 5 mg

28 COMPRIMÉS



28 قرص

5 mg



UT.AV :

3 1 2 0 2 5

P.P.V.

8 9 2 0

LOT N° :

F T 4 9 1 3

09366067/7

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

**Amlor** 5 mg

28 COMPRIMÉS



6 118000 250531

28 قرص

5 mg



UT.AV :

3 1 2 0 2 5

P.P.V.

8 9 2 0

LOT N° :

F T 4 9 1 3

09366067/7

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

**Amlor** 5 mg

28 COMPRIMÉS



6 118000 250531

28 قرص

5 mg



UT.AV :

31 2025

P.P.V.

89 20

LOT N° :

FT 4913

09366067/7



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

**Amlor** 5 mg

28 COMPRIMÉS



6 118000 250531

28 قرص

5 mg



UT.AV :

31 2025

P.P.V.

89 20

LOT N° :

FT 4913

09366067/7



مك/٥٥

# كزیدیلول<sup>®</sup>

## كارفيديلول



### 25 ملغ

30 قرصا قابلا للكسر  
عن طريق الفم



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

المدة 42  
صباح  
منتصف النهار  
مساء  
قبل  
بعد



XEDILOL<sup>®</sup> 25 mg

Boîte de 30 comprimés sécables  
AMM N° 215/19/DME/21/NRQDNI



6 118000 021773

سو Thema  
othema



مك/٥٥

# كزیدیلول<sup>®</sup>

## كارفيديلول



### 25 ملغ

30 قرصا قابلا للكسر  
عن طريق الفم



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

المدة 42  
صباح  
منتصف النهار  
مساء  
قبل  
بعد



XEDILOL<sup>®</sup> 25 mg

Boîte de 30 comprimés sécables  
AMM N° 215/19/DME/21/NRQDNI



6 118000 021773

سو Thema  
othema



مك/٥٥

# كزیدیلول<sup>®</sup>

## كارفيديلول



### 25 ملغ

30 قرصا قابلا للكسر  
عن طريق الفم



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

المدة 42  
صباح  
منتصف النهار  
مساء  
قبل  
بعد



XEDILOL<sup>®</sup> 25 mg

Boîte de 30 comprimés sécables  
AMM N° 215/19/DME/21/NRQDNI



6 118000 021773

سو Thema  
othema





مك/٥٥

# كزیدیلول<sup>®</sup>

## كارفيديلول



### 25 ملغ

30 قرصا قابلا للكسر  
عن طريق الفم



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

المدة 42  
صباح  
منتصف النهار  
مساء  
قبل  
بعد



XEDILOL<sup>®</sup> 25 mg

Boîte de 30 comprimés sécables  
AMM N° 215/19/DME/21/NRQDNI



6 118000 021773

سو Thema  
othema