

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
- 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 Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloger
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

M22- 0025141

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4798 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : FADHIL RAOUTI
Date de naissance : 12-12-83
Adresse : 18 Av. Hassan Elgho Cesar
Tél. : 06 67 940 937 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Dr. J. SIBAT
CARDIOLOGUE
Angle 38. Bd. Yacout et
1 Rue El Araar - Casablanca
Tél : 05 22 48 79 79 - 05 22 48 78 90
Date de consultation : 18 OCT. 2022
Nom et prénom du malade : FADHIL RAOUTI Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : HTA chronique Ess, diabète
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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) :

[illegible]

C ₂ +ECG	Comments

300 dhs

S CARDIOLOGUE
Angle 38, Bd. Lalla Yacout et
1, Rue El Ajaar - Casablanca
Tél.: 05 22 48 79 79 - 05 22 48 78 90

[illegible]

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date _____

Montant de la Facture

28 | 20 | 22

235, 20

[illegible]

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires[illegible]

Cachet et signature
du Praticien

Date des Soins

Nombre

Montant détaillé
des Honoraires

A M

PC

IM

IV

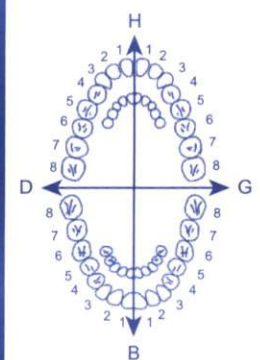
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
					FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>




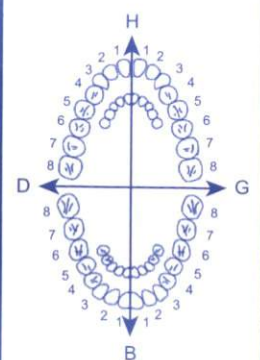
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	<p style="text-align: center;">H</p> <table> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">B</p>	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p>
	25533412	21433552								
00000000	00000000									
00000000	00000000									
35533411	11433553									
<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	<p>MONTANTS DES SOINS</p>									
<p>DATE DU DEVIS</p>	<p>DATE DE L'EXECUTION</p>									



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 والشرابين

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

N° d'identification du praticien : 091129718

Casablanca, le 18 OCT. 2022

الوقم الوطني الإستدلال في

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

M. FADUR RUANTI

REGIME SANS SEL

98.40 - TAREG 40g 14/j

X 3

295.20

Pharmacie du Marche central
Sans vignette

TRAITEMENT DE 3 MOIS

Relaxim

1gd 1/j 243

PHARMACIE
DU MARCHÉ CENTRAL
152, Bd Mohammed V - CASA
Tél: 0522 22 19 48

Pharmacie du Marche central
Sans vignette

PHARMACIE
DU MARCHÉ CENTRAL
152, Bd Mohammed V - CASA

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



611800103032 3

TAREG 40 mg ○

28 comprimés pelliculés

PPV : 98.40 DH



EXP
LOT

08 2024

BALY7

1375





611800103032 3

TAREG 40 mg ○

28 comprimés pelliculés

PPV : 98.40 DH



EXP
LOT

08 2024

BALY7

1375





611800103032 3

TAREG 40 mg ○

28 comprimés pelliculés

PPV : 98.40 DH



EXP
LOT

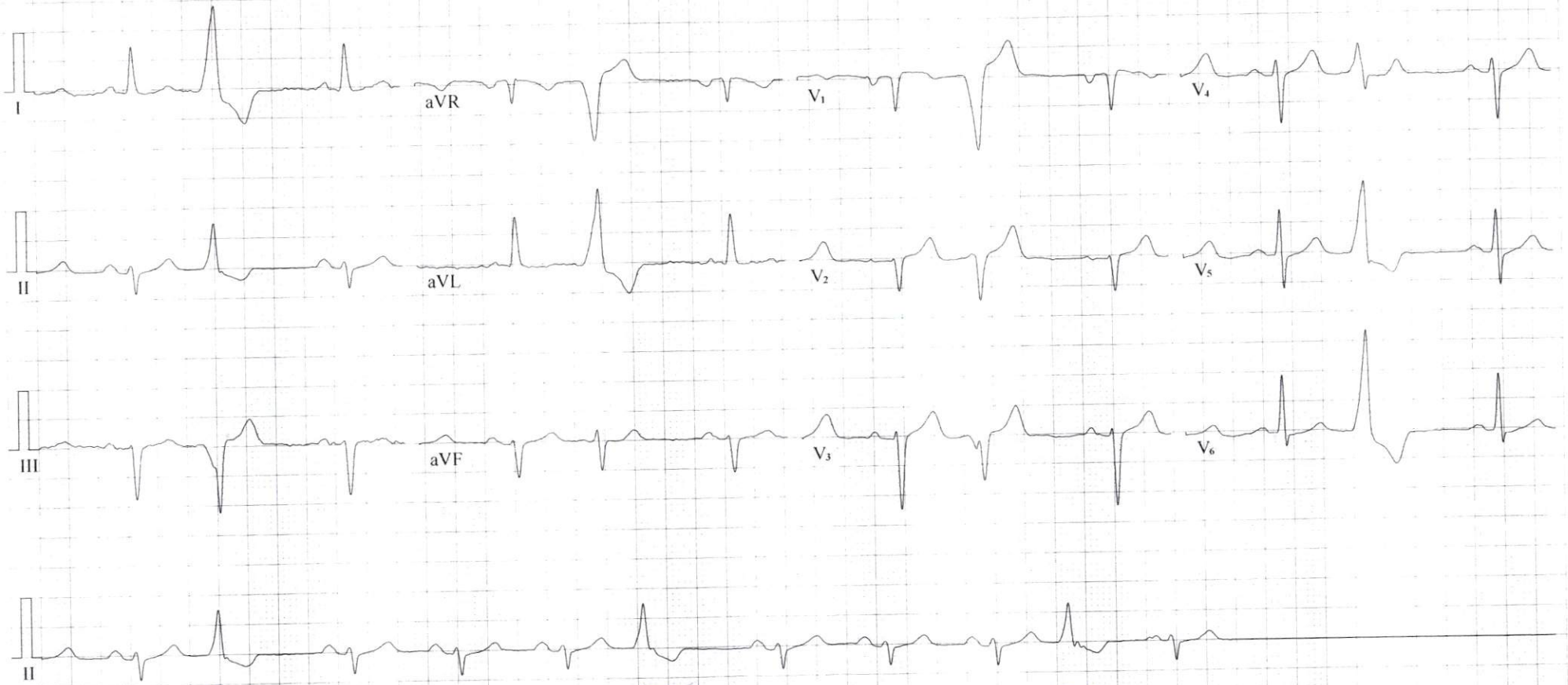
08 2024

BALY7

1375



10mm/mV 25mm/s



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle PR :	110 ms
Durée Echantillon :	8 s	Intervalle QT :	389 ms
FC :	87 bpm	Intervalle QTc :	468 ms
Durée P :	94 ms	Axe P :	-127.2°
Durée QRS :	111 ms	Axe QRS :	-23.7°
Durée T :	248 ms	Axe T :	135.1°

Suggestion :
Downsloping or coved ST depression, 0.05+ mV ST depression.

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

Signature Médecin:

ECV

Filtre Principal:On Filtre ADS:On