

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.



Déclaration de Maladie

N° M20- 0006032

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1631 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 168559
 Nom & Prénom : KANOUNI MOSTHAFA
 Date de naissance : 25 05 1953
 Adresse : PLED ABED N°13 DAR BOUAZZA
RT AZEMOUR CAS
 Tél. : 0671 055 128 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. J. SIBAÏ
CARDIOLOGUE
Angle 38. Bd. Yacout et
1, Rue El Maar - Casablanca
Tél.: 05 22 43 79 79 - 05 22 43 78 90

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : KANOUNI MOSTHAFA Age :

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

Nature de la maladie : Affection Cardiaque

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 : CASA 13.10.2023 Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
13 JUL 2023	C ₂ + ECG		300 dhs	DR. EL AGUI YACOUT et 05 22 48 79 19 - 05 22 48 78 90

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AIT ALI 34 rue Sylve loi prog turite Tél: 05 22 96 59 11 mpe 09209896	13/07/2023	1219,20

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 :

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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	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 و الشرايين
خريج كلية الطب بباريس

أوقات العمل من الإثنين إلى الخميس من 9 إلى 15
و السبت من 9 إلى 11
العيادة مغلقة يوم الجمعة و السبت بعد الزوال و الأحد

N° d'identification du praticien : 091129718

Casablanca, le 13 JUL. 2023

الرقم الوطني الاستدالي :
الدار البيضاء ، في

Mr. KANOUNI Mostafa

REGIME SANS SEL *معدة*

224,00 x3

Exforge 160/10 14/8

TRAITEMENT DE 3 MOIS

67,90 x3

Fludax 1,05 14/8

TRAITEMENT DE 3 MOIS

77,80 x3

Cardensiel 1,20 14/8

TRAITEMENT DE 3 MOIS

35,70 x3

Kardégic 160 1 inclut/8

TRAITEMENT DE 3 MOIS

1219,20

PHARMACIE AIT ALI
34, rue El Araar - Casablanca
Tél: 05 22 48 79 79 - 05 22 48 78 90

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

7862160237



6 118001 100842
Cardensiel® 1,25 mg
 Comprimés pelliculés B/30
 PPV: 77,80 DH

7862160237



6 118001 100842
Cardensiel® 1,25 mg
 Comprimés pelliculés B/30
 PPV: 77,80 DH

7862160237



6 118001 100842
Cardensiel® 1,25 mg
 Comprimés pelliculés B/30
 PPV: 77,80 DH

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
 P.P.V.: 35DH70



6 118001 081189

LOT : 22E001
 PER.: 07 2023

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
 P.P.V.: 35DH70



6 118001 081189

LOT : 20E023
 PER.: 06 2022

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
 P.P.V.: 35DH70



6 118001 081189

LOT : 23E002
 PER.: 01 2025

611800103056 9



EXFORGE
5mg/160mg
 28 comprimés pelliculés
 PPV : 224,00 DH

611800103056 9



EXFORGE
5mg/160mg
 28 comprimés pelliculés
 PPV : 224,00 DH

تحت إشراف
30 حبة ملينة ذات

الدرجة 1.5 ملع

فانوكس®

LP

Liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

قائمة II : لا تصرف إلا بموجب وصفة طبية

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترموا الجرعات المقررة

06,90

30 حبة ملينة ذات تحرير

العدد 15 ملع

فانوكس

LP

Liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

قائمة II : لا تصرف إلا بموجب وصفة طبية

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترموا الجرعات المقررة

06,90

30 حبة ملينة ذات تحرير

العدد 15 ملع

فانوكس

LP

Liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

قائمة II : لا تصرف إلا بموجب وصفة طبية

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترموا الجرعات المقررة

06,90

10mm/mV 25mm/s



Fréquence : 1000 Hz Intervalle PR : 162 ms
Durée Echantillon : 9 s Intervalle QT : 453 ms
FC : 73 bpm Intervalle QTc : 499 ms
Durée P : 100 ms Axe P : -114.1°
Durée QRS : 153 ms Axe QRS : -31.2°
Durée T : 270 ms Axe T : 50.4°

QRS axis ≥ 270 and < 330 ,

Suggestion :

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

Filtre Principal:On Filtre ADS:On



ECG LAB

Build:20070122

Imprime : 13-7-2023 08:19:15

Signature Médecin: