

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : KANOUNI MOSTAFA		
Date de naissance : 25 05 1953		
Adresse : BIEN ABED N°13 DAR BOUAZZA Rte Aremour CAP		
Tél. : 0671 065 128	Total des frais engagés :	Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	Dr. I. SIBAI CARDIOLOGUE Angle 38, Bd. Lalla Yacout et 1, Rue El Hiba - Casablanca Tél.: 05 22 43 79 79 - 05 22 43 78 90
Date de consultation : /
Nom et prénom du malade :	KANOUNI mostafa
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	Arteria Cardiologique
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 : CASABLANCA 13/07/23

Le : / /

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
13 JUIL 2023	C ₂ +ECG		300 dhs	<i>Dr. Yacout et Casablanca 05 22 48 78 90</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE AIT ALLI DR. Jamal 417 411 34 rue Syyle lot 1999 Tél. 05 22 96 59 11 Inpe 092088866</i>	13/07/2023	1219,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

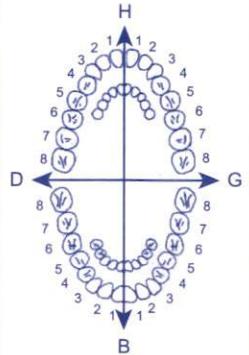
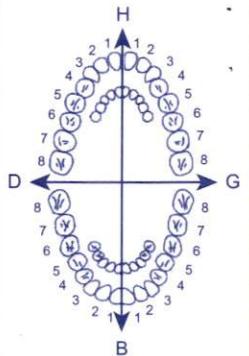
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	H	25533412	21433552	<input type="text"/>	
	D	00000000	00000000	<input type="text"/>	
		00000000	00000000	<input type="text"/>	
	B	35533411	11433553	<input type="text"/>	
	G			<input type="text"/>	
	(Création, remont, adjonction)				<input type="text"/>
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	DATE DU DEVIS			DATE DE L'EXECUTION	
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<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

والسبت من س 9 إلى س 11

العيادة مغلقة يوم الجمعة و السبت بعد الزوال والأحد

N° d'identification du praticien : 091129718

Casablanca, le 13 JUIL. 2023

Mr KANOUNI MOSTAFA

الرقم الوطني الاستدلالي :
SIBAI
CARDIOLOGUE
Tél. : Rue 38 Bd. Lalla Yacout et
الدار للبيضاء ، في
Rue El Araar - Casablanca
Tél. : 05 22 48 79 79 - 05 22 48 78 90

REGIME SANS SEL

224,00 ₣

Exforge 160/15 14/8

TRAITEMENT DE 3 MOIS

65,90 ₣

Fendix 1,53 14/8

TRAITEMENT DE 3 MOIS

27,80 ₣

Cardensil 1,20 14/8

TRAITEMENT DE 3 MOIS

35,70 ₣

Kardegri 160g 1 sachet/8

TRAITEMENT DE 3 MOIS

1219,2

PHARMACIE AIT ALI
38 Bd. Lalla Yacout et
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

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30 O
P.P.V :35DH70
6 118001 081189

LOT : 22E001
PER.: 07 2023

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30 O
P.P.V :35DH70
6 118001 081189

LOT : 20E023
PER.: 06 2022

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30 O
P.P.V :35DH70
6 118001 081189

LOT : 23E002
PER.: 01 2025



KARDEGIC 160MG
SACHETS B30 O
P.P.V :35DH70
6 118001 100842
Cardensiel® 1,25 mg
Comprimés pelliculés B/30
PPV: 77,80 DH
7862160237

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30 O
P.P.V :35DH70
6 118001 100842
Cardensiel® 1,25 mg
Comprimés pelliculés B/30
PPV: 77,80 DH
7862160237

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30 O
P.P.V :35DH70
6 118001 100842
Cardensiel® 1,25 mg
Comprimés pelliculés B/30
PPV: 77,80 DH
7862160237

ગુજરાત કાન્દે જાણ - ૩૦

• १८५

ଶ୍ରୀମଦ୍ଭଗବତ

dII

Liste II - UNIFORMEMENT SUR ORDONNANCE

ጥር 2: ከመንግሥት ተመሪያ የሚያሳይ

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

ପ୍ରକାଶକ | ପ୍ରକାଶନ କେନ୍ଦ୍ର | ୧୯୮୭

68.90

۳۰ آنے کی تیس ایکسپریس

۱۵ ایکسپریس

لپ میکٹ

LDP

لیسٹ II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

لیسٹ II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

لیسٹ II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

66,49

۳۰ آنے کی تکمیلی ایکس

۱۵ دن

ڈپرٹمنٹ

DP

لیسٹ II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

لیسٹ II میں ایکس: II ایکس

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

لیسٹ II میں ایکس: II ایکس

6,49

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°

Suggestion :

QRS axis >= 270 and < 330,

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

Signature Médecin:

Filtre Principal:On Filtre ADS:On

