

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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>5288</u>		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>ZAHIDY AHMED</u>
Nom & Prénom : <u>ZAHIDY AHMED</u>		Date de naissance : <u>01.01.53</u>	
Adresse :			
Tél. : <u>0661258027</u>		Total des frais engagés : Dhs	

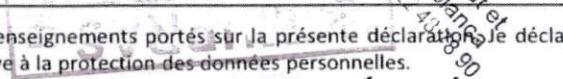
Autorisation CNCDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
<p>Cachet du médecin : Dr. I. SIBAI CARDIOLOGUE Angle 38, Bd. Lalla Yacout et 1, Rue El Afaf - Casablanca Tél.: 05 22 40 79 79 - 05 22 40 79 90</p>			
Date de consultation : <u>28 NOV. 2023</u>			
Nom et prénom du malade : <u>ZAHIDY Ahmed</u> Age: <u>70</u>			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>HTA</u>			
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.			

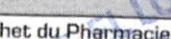
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : zahidy

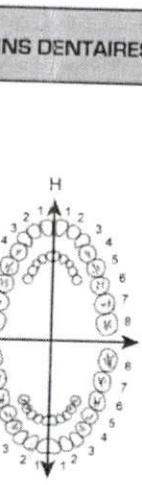
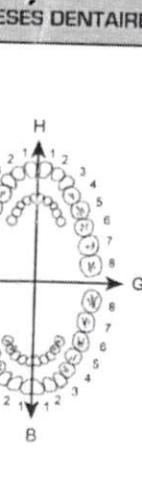


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
28.NOV.2023	C ₂ + ECG	300	300 DHS	INP : 091129713

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Mme. MARIE-PIERRE DUMONT 28/05/2023	28/05/23	944,10

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		AM	PC	IM	IV		

VIOLET ADHERENT

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	INP : <input type="text"/>									
					Coefficient des travaux <input type="text"/>									
					Montants des soins <input type="text"/>									
					Début d'exécution <input type="text"/>									
					Fin d'exécution <input type="text"/>									
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	<input type="text"/>
H	25533412	21433552												
D	00000000	00000000												
B	35533411	11433553												
					Coefficient des travaux <input type="text"/>									
					Montants des soins <input type="text"/>									
					Date du devis <input type="text"/>									
					Date de l'exécution <input type="text"/>									
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION														

Docteur Jamal SIBAÏ

CARDIOLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Paris

Horaires d'ouverture :
du Lundi au Jeudi 9h à 15h

Samedi du 9h à 11h

Fermé le vendredi, Samedi après-midi et le dimanche

الدكتور جمال السباعي

إختصاصي في أمراض القلب والشرايين

خريج كلية الطب بباريس

أوقات 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

Dr. J. SIBAÏ
CARDIOLOGUE
Angle 38, Bd. Lalla Yacout et
1, Rue El Araar - Casablanca
Tél.: 05 22 48 79 - 05 22 43 78 90

N° d'identification du praticien : 091129718

Casablanca, le 28 NOV. 2023

MARWAÏES EL LOTE
N° 2023-09-27-00001
313 Pd. (ex. 38 Bd. Lalla Yacout et 1, Rue El Araar)

REGIME SANS SEL

5.1.

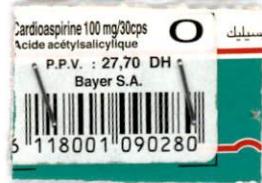
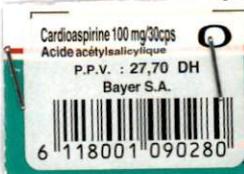
89²⁰ + 2 Amlor 5g 1g x 21g
6wks

88¹⁰ + 3 Xedel 26g 1g x 21g
6wks

92²⁰ + 2 Cardiosprine 14g/j 6wks

944¹⁰

Dr. J. SIBAÏ
CARDIOLOGUE
Angle 38, Bd. Lalla Yacout et
1, Rue El Araar - Casablanca
Tél.: 05 22 48 79 - 05 22 43 78 90



RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Lot 56

5mg

Lot 56

5mg

6 118000 250012



56 COMPRIMÉS

AMM 5mg

UT.AV :

P.P.V.

LOT N° :

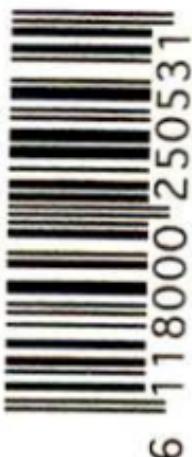
13660

09366130/3

1 - آیا آنکه آنکو لیست
Liste 1 - Uniquement sur ordonnance

Respecter les doses prescrites

Amlo 5 mg
28 comprimés



Lot 28

Amlo 5



UT.AV :

P.P.V. :

LOT N° : H L 0 8 2 3

00 20
89,20

P10002669

1 - آیا یا نه آیا نه
Liste 1 - Uniquement sur ordonnance

Respecter les doses prescrites
آیا نه آیا نه

Amlo 5 mg
28 comprimés



لے 28

لے 5



UT.AV :

P.P.V. :

LOT N° : H L 0 8 2 3

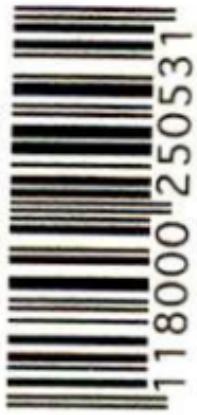
00 20
89,20

P10002669

1 - آیا آنکه آنکو لیست
Liste 1 - Uniquement sur ordonnance

Respecter les doses prescrites
آگه سوچی مولالی پزشکی

Amloïd 5 mg
28 comprimés



لیست 28

لیست 5



UT.AV :

P.P.V. :

LOT N° : H L 0 8 2 3

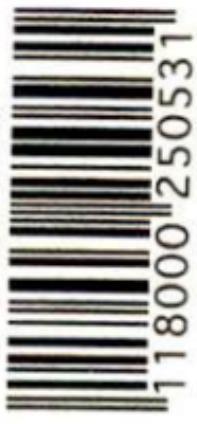
00 20
89,20

P10002669

1 - آیا یا نه آیا نه
Liste 1 - Uniquement sur ordonnance

Respecter les doses prescrites
آیا نه آیا نه

Amlo 5 mg
28 comprimés



لے 28

لے 5



UT.AV :

P.P.V. :

LOT N° : H L 0 8 2 3

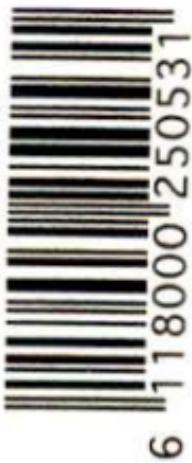
00 20
89,20

P10002669

1 - آیا آنکه آنکو لیست
Liste 1 - Uniquement sur ordonnance

Respecter les doses prescrites

Amlo 5 mg
28 comprimés



Lot 28

Amlo 5



UT.AV :

P.P.V. :

LOT N° : H L 0 8 2 3

00 20
89,20

P10002669

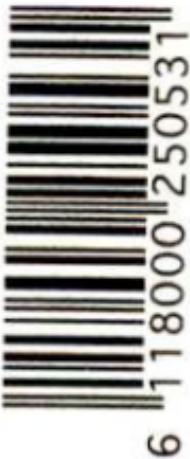
1 - آیا آنکه آنکو لیست

Liste 1 - Uniquement sur ordonnance

Respecter les doses prescrites

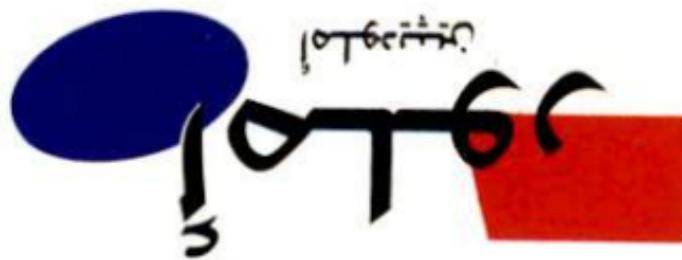
Amlo 5 mg

28 comprimés



لیست 28

لیست 5



UT.AV :

P.P.V. :

LOT N° : H L 0 8 2 3

00 20
89,20

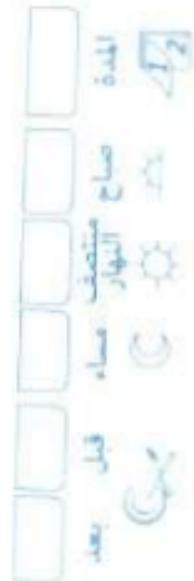
P10002669



١٨٨

كسيديلوول

كارفينديلوول



XEDILOL® 25 mg
Boîte de 30 comprimés sécables
AMM N°: 215/19/DMP/21/NRQDN#



6 118000 021773

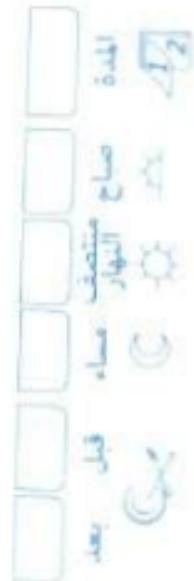
سسو طيما
othema



١٨٨

كسيديلوول

كاريديليول



XEDILOL® 25 mg

Boîte de 30 comprimés sécables

AMM N°: 215/19/DMP/21/NRQDN#



6 118000 021773

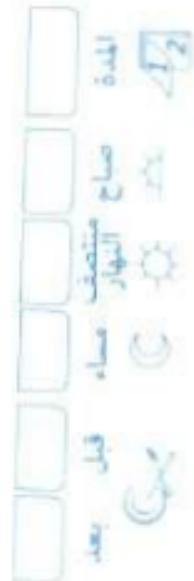
سسو طيما
othema



١٨٨

كسيديلوول

كاريديليول



XEDILOL® 25 mg

Boîte de 30 comprimés sécables

AMM N°: 215/19/DMP/21/NRQDN#



6 118000 021773

سسو طيما
othema

