

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.

Diologie 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.

Prothèse :

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

Déclaration : contact@mupras.com
Mise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

S : 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0045809

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00009 Société : R.A.M. Refracte

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : CHABRAKHIT Mohamed

Nom & Prénom : CHABRAKHIT Mohamed

Date de naissance : 21-01-1985

Adresse : Rue 12 Jetha, Résidence SABRINE, Etage 1 App 1

Boîte postale : CASABLANCA

Tél. : 06 66 48 66 77 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. J. SIBAÏ

CARDIOLOGUE

Angle 38, Bd. Allal Yacout et
1, Rue El Araar - Casablanca

07 22 20 45 45 - 05 22 48 78 90

Date de consultation : 02 NOV 2019

Nom et prénom du malade : CHABRAKHIT Mohamed 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 : CASABLANCA Le : 02 NOV 2019

Signature de l'adhérent(e) :



[illegible]

300 dhs

CARDIOLOGUE
Angle 38. Bd. Lalla Yacout et
1, Rue El Araar - Casablanca
Tel: 05 22 48 79 79 - 05 22 48 78 9

[illegible]

Date _____

Montant de la Facture

02/11/2019

22540

[illegible]

Date _____

Montant
des Honoraires[illegible]

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

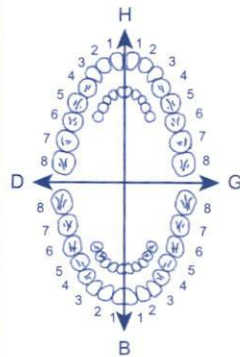
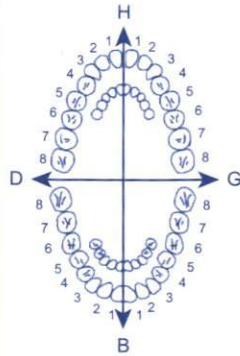
Montant détaillé
des Honoraires

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'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 50px;" type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 50px;" type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 50px;" type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 50px;" type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <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 style="width: 50px;" type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																	
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 50px;" type="text"/>													
				DATE DU DEVIS <input style="width: 50px;" type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 50px;" type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'

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

Dents
Traitées

Nature des Soins

Coefficient

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'

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.

Pour Prendre RDV appeler le : 06 22 180 812

N° d'identification du praticien : 091129718

Casablanca, le 02 NOV. 2019

M^r CHARAKHIT Mohamed



3060 (x 9)
27540

Esidrex 14/j

6 wks

سباي

PPV : 30,60
Exp :
N° Lot :

والشرابين

س

PPV : 30,60
Exp :
N° Lot :

من 9 إلى 15

والسبت من 9 إلى 11

العيادة مغلقة يوم الجمعة والسبت بعد الزوال والأحد

لأخذ موعد اتصلوا ب : 06 22 180 812

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

PHARMACIE DE CASABLANCA
M. DALBOULI
Tél.: 05 22 26 12 32 CASABLANCA

PPV : 30,60
Exp :
N° Lot :

PPV : 30,60
Exp :
N° Lot :

PPV : 30,60
Exp :
N° Lot :

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

PPV : 30,60
Exp :
N° Lot :

PPV : 30,60
Exp :
N° Lot :

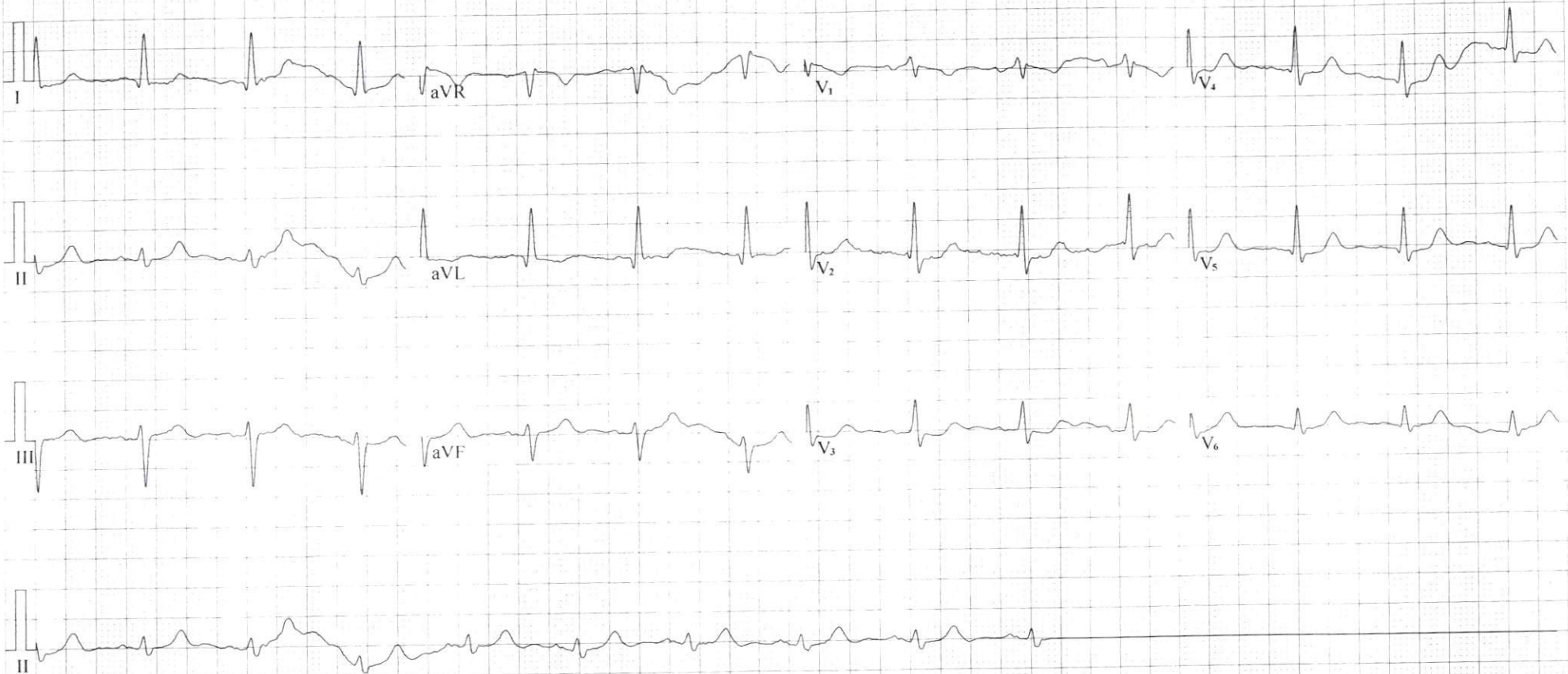
PPV : 30,60
Exp :
N° Lot :

PPV : 30,60
Exp :
N° Lot :

ICE : 001790451000004 - 05 22 48 79 79 / 05 22 48 78 90 : الهاتف 20090 الدار البيضاء

Angle 1, Rue El Araar (ex.Gay Lussac) et 38, Bd. Lalla Yacout - Imm.BMCI - 1er

10mm/mV 25mm/s



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle PR :	116 ms
Durée Echantillon :	8 s	Intervalle QT :	412 ms
FC :	80 bpm	Intervalle QTc :	475 ms
Durée P :	84 ms	Axe P :	44.8°
Durée QRS :	129 ms	Axe QRS :	-32.0°
Durée T :	253 ms	Axe T :	68.5°

Suggestion :
QRS axis ≥ 270 and < 330 , 0.05+ mV ST depression,

Dr. J. SIBAI
CARDIOLOGUE
Angle 38. Bd. Yacout et
1, Rue El Khar - Casablanca
Tél.: 05 22 48 79 79 - 05 22 46 78 90

Signature Médecin:

Filtre Principal:On Filtre ADS:On