

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

M22- 0036084

13h30

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 6638	Société : R.A.M.
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné[e]
Nom & Prénom : EL KHALIFI EL MESTALPHA	
Date de naissance : 1962	
Adresse : CASA	
Tél. : 0661.06.69.38	Total des frais engagés : 2300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/10/2022	Age: _____	
Nom et prénom du malade : EL Khalifi Naima		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	
Nature de la maladie : cardiologie		
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 : **CASA**

Le : **06/10/2022**

Signature de l'adhérent[e] :

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.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin
06.10.2022	CS		300	Cardiologue
06.10.2022	Hôpital ECA	1000,00		Clinique des spécialités Achifa
20.10.2022	EPRÉUVE d'EPPOULE	1000,00		Anglaises Lahcen El Adjoula et Lavoisier
				(Fac Hôpital 20 Louisa)
				Tél : 0 522 659 220 - GSM 0 66 14 69 59

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS	
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Envoyé par :

Dr Chérif Abdelkhirane

Dr. C. ABDELKHIRANE
Cardiologue
Clinique des spécialités Achrafia
Angle rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier
(face Hôpital 20 Août)
Tél : 0 522 859 220 - GSM : 0661 14 69 59

El khalfi naima

n° ID :

Service : Cardiologie

Date de pose : 06/10/2022 à 10:57

Date de naissance : 02/12/1971

Age : 50 ans

Poids : 75 kg

Sexe : F

Taille : 161.0 cm

Indication(s) :

ECG de base :

Traitemen(t)s :

CENTRE HOLTER :

Analysé par :
Date de l'examen (Temps) :

PATIENT : El khalfi
Prénom : naima
Date de naissance : 02/12/1971
Age : 50 ans
Sexe : F
Poids : 75 kg
n° ID :
Service : Cardiologie

Indication(s) :

ECG de base :

Traitement(s) :

RESULTATS (Tous)**FREQUENCE CARDIAQUE : (Nombre total de QRS : 104442) (Temps Heure : 23:41)**

Moyenne : 74 bpm	FC Max : 154 bpm à (1)14:51:40	RR Max : 1495 ms à (1)16:34:15
Jour (08:00 - 21:00) : 79 bpm	FC Min : 48 bpm à (1)05:37:56	RR Min : 235 ms à (1)14:51:40
Nuit (23:00 - 06:00) : 67 bpm		

BRADYCARDIE : 0**PAUSES : 0****PERIODES LONGUES : 2**

1/ à (1)16:34:15 RR = 1495ms
 2/ à (1)17:54:28 RR = 1425ms

EVENEMENTS VENTRICULAIRES :**EXTRASYSTOLES :**

Isolées : 105	0.1 %
Doublets : 5	0.0 %
Salves : 3	0.0 %
Total : 124	

BI & TRIGEMIN. : 0 & 0**TACHYCARDIE : 0****EVENEMENTS SUPRAVENTRICULAIRES :**

EXTRASYSTOLES :	BI & TRIGEMIN. : 0 & 0	TACHYCARDIE : 0	RR INSTABLE : 0
Isolées : 4	0.0 %		
Doublets : 4	0.0 %		
Salves : 2	0.0 %		
Total : 22			

COMMENTAIRES

Tracé sur 24H, en rythme sinusal permanent avec 104321 bpm
 Seuls 125 ESSV sont enregistrés soit 0.1%.

Pas de FA ni TV
 Pas de trouble de la conduction
 Pas de pré-excitation

Dr C. Abdelkhirane

**PARAM. D'ANALYSE :**

Date de pose : 06/10/2022 à 10:57 Durée : 23:59:53 N° ENREGISTREUR : SJ0404168 3.01Q

Temps minimum de pause :	2500ms	Bradycardie < :	45bpm
Prématurité supraventriculaire < :	75%	Tachycardie supraventriculaire > :	150bpm
Prématurité ventriculaire < :	Désactivé	Tachycardie ventriculaire > :	50bpm

مصحة الاختصاصات الشفاء
Clinique des Spécialités Achifaa



Angle Rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma

Casablanca, le : 06.10.2011

Docteur :

NOTE D'HONORAIRE

Le Docteur Chérif ABDELKHIRANE

Prie Mr / Mme ... Elkhalfi Naima

D'accepter l'expression de ses sentiments distinguées et
lui présente suivant l'usage sa note d'honoraires pour les
actes suivants cs + Holter ECG 24h
.....
.....

S'élevant à la somme de 13.000,00 Dhs.



IF. 40411002 PATENTE 35511131 CNSS 191950751
INP 091000679 ICE 001851425000087

مصحة الاختصاصات الشفاء

Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma

Casablanca, le : 20.10.2008

Docteur :

NOTE D'HONORAIRE

Le Docteur Chérif ABDELKHIRANE

Prie Mr / Mme ...C. L. Khalifi... Naima.....

D'accepter l'expression de ses sentiments distinguées et
lui présente suivant l'usage sa note d'honoraires pour les
actes suivantsEpreuve d'effort
.....

S'élevant à la somme de ...1000,00 Dhs.



IF: 40411002 PATENTE 35511131 CNSS 191950751
INP 091000679 ICE 001851425000087