

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.

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



Déclaration de Maladie

M22- 0028654

135653

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6826 Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : DUAKIN MUSTAPHA

Date de naissance : 17.09.1954

Adresse : 251 BOULEVARD EL ANASSER

Tél. : 0661150283

Total des frais engagés : 2893,60

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/10/2021

Nom et prénom du malade : MUSTAPHA DUAKIN

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : ATL

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ 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 : CASABLANCA


Le : 02/11/2021

Signature de l'adhérent(e) :

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
26/10/2022	Vaccin			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/10/22	1593,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

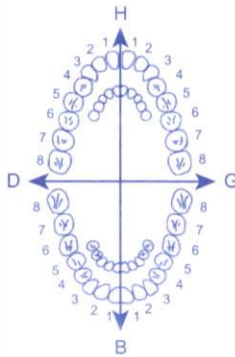
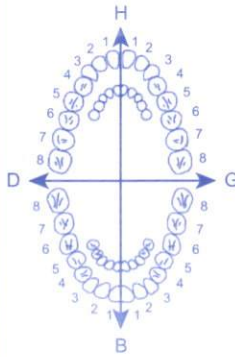
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 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 CCEFFICIENT 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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																		
				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

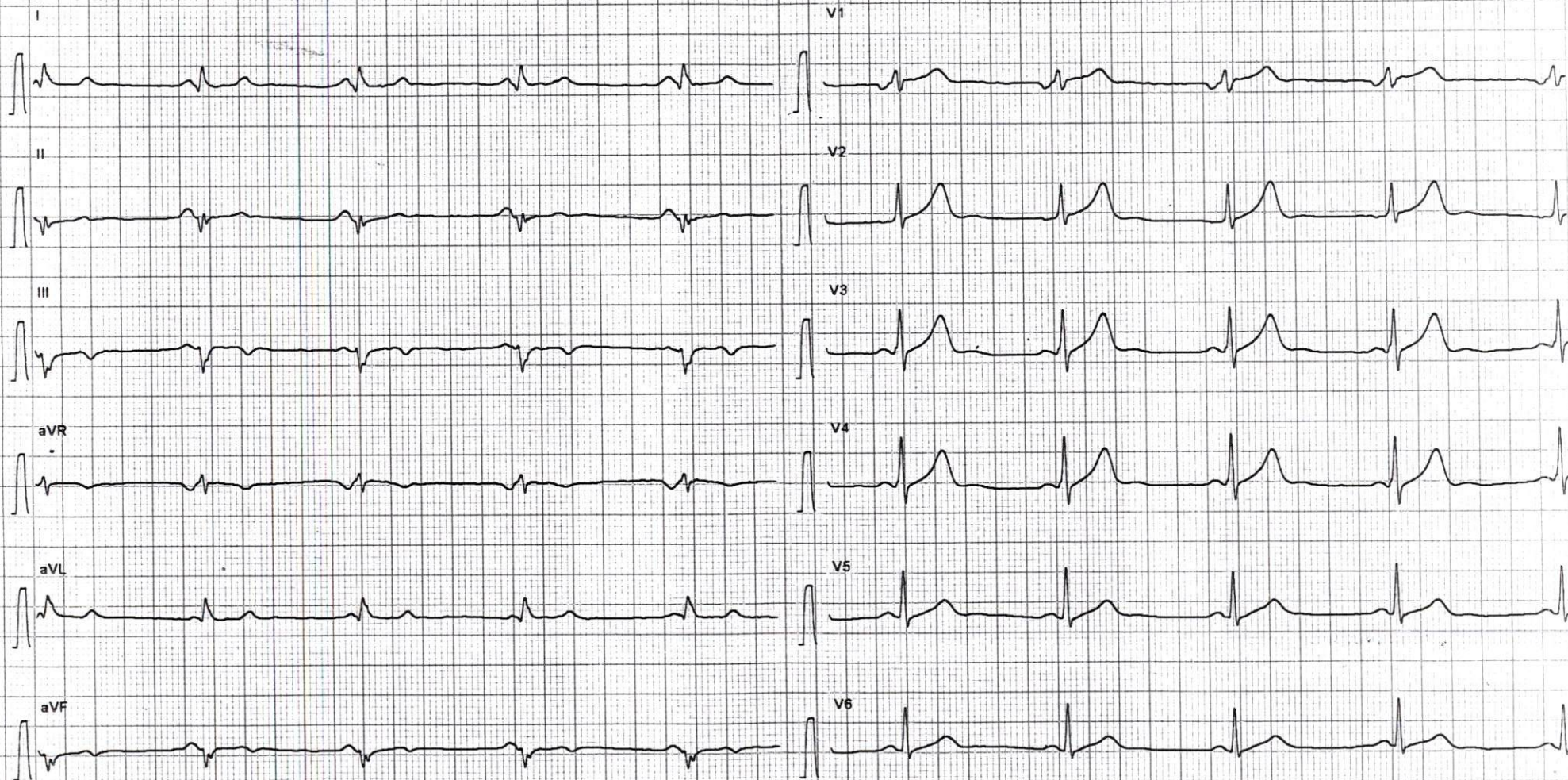
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Né(e) le 17.09.1954
Age 68 ans
Sexe Masculin
Taille cm
Poids kg
Origine
PA
Remarque

RR 1083 ms
P 102 ms
PR 120 ms
QRS 80 ms
QT 406 ms
QTc 390 ms
(Bazett)

T 7°
P (II) 0.15 mV
S (V1) -0.25 mV
R (V5) 1.05 mV
Sokol. 1.30 mV

STANDARD, HEMI-BLOC GAUCHE ANTERIEUR, QRS(T) MODIFIE.,
INFARCTUS INFER. POSSIBLE
R16.02 Rapport non confirmé



10 mm/mV 25 mm/s

10 mm/mV 25 mm/s

0.05 - 25 Hz F50 SBS SSF
SCHILLER SWITZERLAND

LOT D727

Art. No. 2.157 047 CE 0044

SCHILLER SWITZERLAND

Pr. BENNIS AHMED

MS-2015 V3.14 Ct
Art. No. 2.157 047 CE 0044

CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Professeur Ahmed BENNIS
Professeur de Cardiologie
Ancien Chef de Service de Cardiologie du CHU
Ibn Rochd de Casablanca
Ancien Président de la Société Marocaine de Cardiologie
Fellow of The European Society of Cardiology
Fellow of The American College of Cardiology



98 Angles Rue Kadi Iass et Rue Abou Salt
(Près de la commune urbaine du Maârif) Casablanca
Tél: 0522253600 - Fax: 0522253601 - Mobile: 0661321866
INPE: 091026591 - Mail: ahmedbennis7@gmail.com

Facture :

- Date : 26.10.2022

- Nom : OUKHAYMA

- Prénom : THUSLPH

- Consultation + ECG : 3000

- Echographie Cardiaque : 10000

- Echographie Vasculaire :

- Holter Tensionnel :

- Holter Rythmique :

- Autres :

Total : 13000

Pr. BENNIS AHMED
Cardiologie
98 ANGLE RUE KADI LASS ET BRUE
ABOU
SALT ANDALOUSSI
CASA
Tel.:0522253600
Mobile:0661321866
Fax:0522253601
Email:bennis_cardio@yahoo.fr
00 0 00124 8

CASA, le 26/10/2022

Echographie cardiaque

Echographie faite le 26/10/2022 - Opérateur :

OUAKIM MUSTAPHA

Taille : Poids :

Destinataire :

Indications : IDM

Résultats

Fc	Ao	OG	Dtd	Dts	Inc	EpS	EpP	FRD	FEtm	IMM	PAPs	Pod
55 Nb/mn	43 mm	32 mm	60 mm	45 mm		9 mm	10 mm	26 %	48 %			

Rythme : sinusal

Aorte : aorte initiale non dilatée

Valve aortique : sigmoïdes aortiques normales , surface de la valve aortique : 2 cm²

Ventricule gauche : Sequelles necrose inf basal. FEVG 48%

Valve mitrale : IM ischémique grade II , surface de la valve mitrale : 4 cm²

Oreillette gauche : dilatée

Coeur droit : non dilaté

Péricarde : libre

Commentaire : VG dilaté avec sequelles de necrose infero basal.

FEVG 48% en 2D Biplan

Strain Vg global diminué en post et ant

GS : -12.4%.

IM ischémique grade II excentrée derriere la PVM

OG dilaté libre de caillots

SOG 32 cm²

Aorte initiale non dilaté

Pas de valvulopathie aortique significative

Pas de signe d'HTAP.
Pas d'épanchement péricardique
Plaques d'athérome carotide +++

Conclusion :

FEVG 48%. Sequelles inferobasal. PRVG non élevé. IM ischémique grade II. OG dilaté

Appareil : Mise en service le

Pr. BENNIS AHMED

Professeur Ahmed Bennis
Spécialiste des maladies cardiovasculaires
98, Rue KADI IASS - MAARIF
CASABLANCA
25 36

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS
7862160246

Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS
7862160246

Professeur Ahmed BENNIS
Professeur de Cardiologie
Ancien Chef de Service de Cardiologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca
Ancien Président de la Société Marocaine de Cardiologie
Fellow of The European Society of Cardiology
Fellow of The American College of Cardiology

LOT: M0782
PER: 05/2024
PPU: 139,00 DH

LOT: M0782
PER: 05/2024
PPU: 139,00 DH

92,00

92,00

Maphar
Bd Alklima N° 6, Q1
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg cp pel b 30
P.P.V. : 419,00 DH
6 118001 185023

Casablanca le :

CASA , Le 26/10/2022

M. MUSTAPHA OUAKIM

PPV: 147 DH 40
PER: 05/2024
LOT: M0782

PPV: 147 DH 40
PER: 05/2024
LOT: M0782

ALDACTONE 50mg/20cps
P.P.V. : 56DH
6 118001 170029
Laboratoires

1) CARDIOASPIRINE Comprime Gastro-Résistant à 100 mg Bte 30 Comprime

Prendre 1 comprimé à midi, au cours du repas, pendant 3 mois

2) CARDENSIEL 2.5 MG BT/ 30 CP

Prendre 1 comprimé le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

3) COVERSYL 5 MG

1 le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

4) ROZAT 10 MG

1 le soir, au cours du repas, pendant 3 mois

5) FORXIGA 10 MG

1 le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

6) ALDACTONE Comprime à 50 mg Bte 20 Comprime

Prendre 1/2 comprimé le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

7) INESO

1 le matin, avant le repas, pendant 3 mois

Professeur Ahmed BENNIS
Spécialiste des maladies cardiovasculaires
98, Rue KADI IASS - MAARIF
CASABLANCA
25 36

PHARMACIE LAIMOUN SARL AU
466, Lot. Allaymoune Lissasla
Casablanca - Tél.: 05 22 90 94 94
381781 - TP: 30293297 - IP: 21821866

27.70 x 2

50.70 x 2

92.00

x2

147.40

x3

441.00

56.80

x2

139.00

x2

1593.60