

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

N° M21- 0061201

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2102 Société : R.A.M. 138175
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : LAHLOU KASSI Fouad
 Date de naissance : 15/02/1952
 Adresse : 19 rue Mohamed el Arjouni Casablanca
 Tél. : 0655042456 Total des frais engagés : 1364,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/11/22
 Nom et prénom du malade : Kabbaj Selma Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : crise d'anxiété
 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 : 14/11/2022
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature] ACCUEIL I. BOUACHANE

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
13/11/22	etc		400,00	
			200,00	
			200,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	13/11/22	239,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	13.11.22		325,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'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>		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																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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



مصلحة الاختصاصات الشفاء Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjouni 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

Docteur :

Casablanca, le : 13/11/22

Kebbaj Elouza

ECG


Dr. BATOUL Radouani
Anesthésie-Réanimation



مصحة الاختصاصات الشفاء

Clinique des Spécialités Achifaa



Laboratoire d'Analyses Médicales Achifaa

Dossier ouvert le : 13/11/22
Prélèvement effectué à 23:55
Edition du : 14/11/22 à : 00:34

KABBAJ SELOUA

DDN :

Réf. : 22K340

Page : 1/1

BIOCHIMIE SANGUINE

Normales

Troponine hs : 0,0373 ng/ml
(Technique de chimiluminescence / ARCHITECT ABBOTT)

0,0289 - 0,0392

Hommes : 0,0289 à 0,0392 ng/ml
Femmes : 0,0138 à 0,0175 ng/ml

Dr.L.DOUKALI - KHALFI
Médecin Biologiste
Laboratoire Achifaa
ID.n° 9604



مصحة الاختصاصات الشفاء Clinique des Spécialités Achifaa



Laboratoire d'Analyses Médicales Achifaa

Casablanca le dimanche 13 novembre KABBAJ SELOUA

FACTURE	20122/2022
Analyses :	
Troponine hs	Total : B 250
Prélèvements :	
Sang	
TOTAL DOSSIER	325,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Trois Cent Vingt Cinq Dirhams

Dr.L.DOUKALI - KHALFI
Médecin Biologiste
Laboratoire Achifaa
INP:0099060419



مصلحة الاختصاصات الشفاء Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjouni 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

Docteur :

Casablanca, le : 13/11/22

Kebbaj Sœur

Tropéine

Dr.L.DOUKALI - KHALFI
Médecin Biologiste
Laboratoire Achifaa
INP:0099060419

Signature: 
Dr. L. Radouane
Animation

مصحة الاختصاصات الشفاء

Clinique des Spécialités Achifaa



Angle Rues Lahcen El Arjoun et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)

05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

090060419



F A C T U R E

N° 202 205 448 / 2022 du 13/11/2022

Nom patient	KABBAJ SELOUA
Prise en charge	PAYANTS

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION	1.00	C1	400.00	400.00
BILAN ACHIFAA	1.00		325.00	325.00
ECG	1.00		200.00	200.00
			Sous-Total	925.00
CONSOMMABLE	1.00		200.00	200.00
			Sous-Total	200.00
Total Frais Clinique				1 125.00

	Total général	1 125.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE CENT VINGT-CINQ DIRHAMS		

Encaissements	Chèque	Total encaissé	Solde
	1 125.00	1 125.00	0.00

Ref Chq : BMCI 5288976/

CLINIQUE ACHIFAA
Angle Rues Lahcen El Arjoun et Lavoisier
Tél: 05 22 85 92 20 - Fax: 05 22 86 22 23
Casablanca - Maroc
Service Mutuelle

Angle Rues Lahcen El Arjoun et Lavoisier (face Hôpital 20 Août) - Casablanca - Maroc

Tél.: 05 22 85 92 20 (10 L.G.) / Fax : 05 22 86 22 23 - URGENCES 24/24 مستعجلات

E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma - Cpt : 190780212119260735000196

I.F.: 40158488 - CNSS : 7724223 - Patente N° 37908413 - ICE : 001743751000001

AUTO 10mm/mV

I



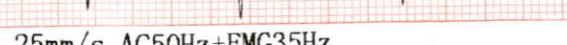
II



III

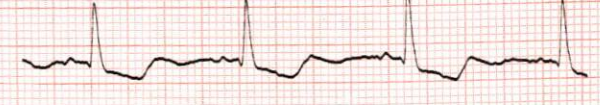


aVR



10mm/mV

aVL



aVF



C1

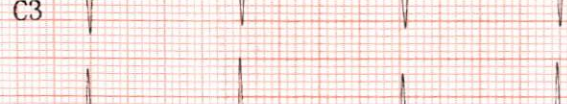


C2



10mm/mV

C3



C4



C5



C6



1970-01-21 09:50

ID : _____

Nom : _____

Sexe : _____

Taille : _____ cm

SYS : _____ mmHg

DIA : _____ mmHg

Âge : _____

Poids : _____ kg

FC

Intervalle PR

Durée P

Durée QRS

Durée T

QT/QTc

Axe P/QRS/T

R(V5)/S(V1)

R(V5)+S(V1)

[bpm] : 72

[ms] : 165

[ms] : 120

[ms] : 71

[ms] : 248

[ms] : 369/405

[deg] : 25.5/-5.3/96.8

[mV] : 1.04/0.58

[mV] : 1.62

<< Conclusions >>

Ryth. sinusoïdal norm.;

Dévia. ax. gche modérée;

I aVL V2 Onde T anormale;

Le rapport doit être confirmé par un médecin

Mme Kabbaï Selou
13/11/2022

Médecin