

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-659096

146044

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 7287

Matricule : 7287 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DAOUI MOHCINE

Date de naissance : 03.04.1967

Adresse : 37 L'OREE DE BOUSKOURA CASABLANCA

Tél. : 0661177483 Total des frais engagés : 1913,90 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Stamp]

Date de consultation : 10/01/2023

Nom et prénom du malade : M. TAOULI ep DAOUI ZINEB

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Dyspnée

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 : [Signature] Le : 10 / 01 / 23

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

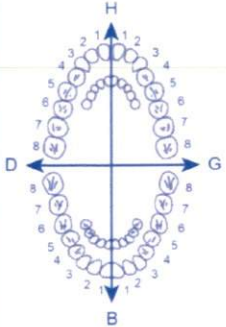
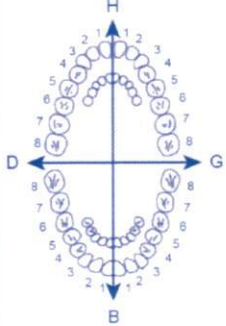


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/10/23	Cs4E5	300,00 DH		INP : 0910413041

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/11/23	713,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	10/10/23	E0C	300,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 : 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"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
	<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		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															



# عيادة أمراض القلب والشرائين

Cabinet de Consultations et d'explorations Cardio-Vasculaires

Consultation sur Rendez-vous

**Dr. Karim CHERKAoui**

**CARDIOLOGUE**

Diplômé de la Faculté de médecine

PARIS V et VI

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Ancien Cardiologue à la C.N.S.S.



**الدكتور كريم الشرقاوي**

اختصاصي في أمراض القلب

خريج جامعة الطب باريس V و IV

طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس

طبيب سابقا بمصحة الضمان الاجتماعي

**ORDONNANCE**

Casablanca, le 10/01/2023. الدار البيضاء

M. T. Souli

ZINEB

ep DAOUT

175,00

1) Nilot

89,50 x 2

1/2 ep/8 matin

170,40

2) Aldactone 50

56,80 x 3

1/2 ep/1 midi

299,10

3) LARIXTEN

99,79 x 3

69,00 1 ep/1 soir

4) Kalmarer

713,50

2 ep/1 le soir

PHARMACIE EL DRAHMA  
BOUCIKRAJ  
Route Boucraja 109, Km 11  
Draïna Oud haddou Casablanca  
Tél: 05 22 34 58 45

RECEIVED  
10/01/2023  
10/01/2023

شارع محمد الدرة، إقامة الحمد عمارة ب III ب، الطابق الثاني رقم 3، عين السبع، الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 34 27 08 - الفاكس: 05 22 34 27 09

Boulevard Mohamed Eddourra, Résidence El Hamd Imm BR III B, 2<sup>ème</sup> Etage N° 3 - Ain Sebaâ - Casablanca Tél : 0522 34 27 08 - Fax : 0522 34 27 09

URGENCES

0660.79.81.90

الإستعجالات



\* VIGNETTE

**NEBILET® 5mg**  
28 comprimés ○  
PPV 87DH50

V140377/01

\* VIGNETTE

**NEBILET® 5mg**  
28 comprimés ○  
PPV 87DH50

V140377/01

ALDACTONE 50MG20CPS

P.P.V : 56DH80

6 118001 170029

Laboratoires  
Pfizer S.A.

ALDACTONE 50MG 20CPS

P.P.V : 56DH80

6 118001 170029

Laboratoires  
Pfizer S.A.

ALDACTONE 50MG20CPS

P.P.V : 56DH80

6 118001 170029

Laboratoires  
Pfizer S.A.

LOT: 14522008  
PER: 09/2027  
PPV: 99,70 DH

LOT: 14522011  
PER: 09/2027  
PPV: 99,70 DH

LOT: 14522008  
PER: 09/2027  
PPV: 99,70 DH

LOT: 220767  
DLUD: 10/2025  
69,00DH

Laboratoires Deva Pharmaceuti



10mm/mV 25mm/s



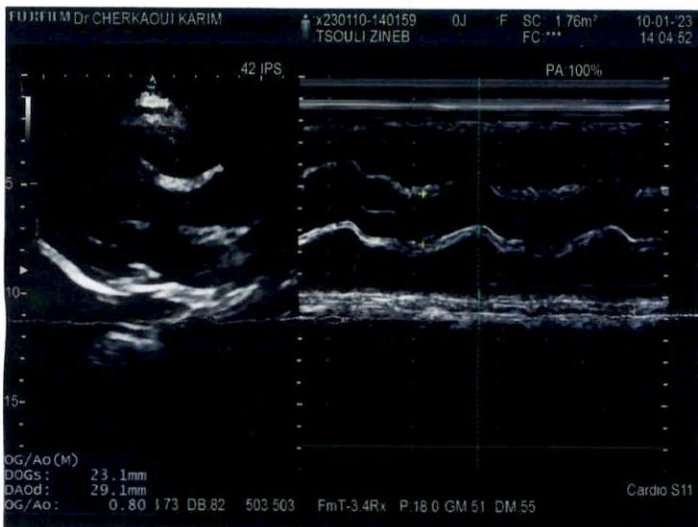
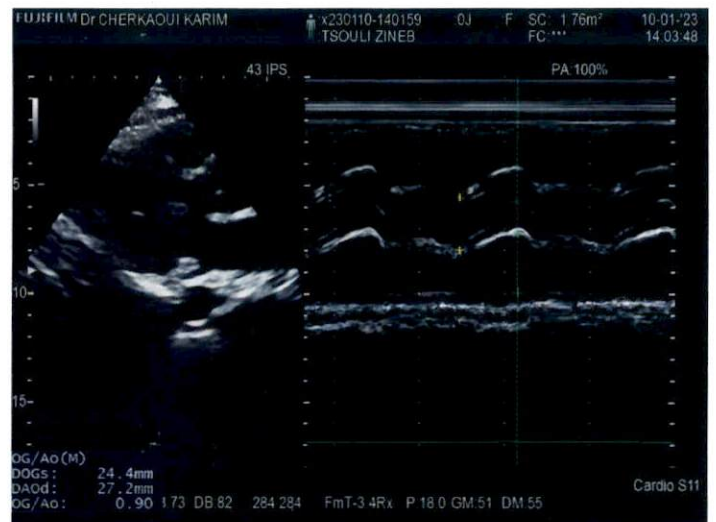
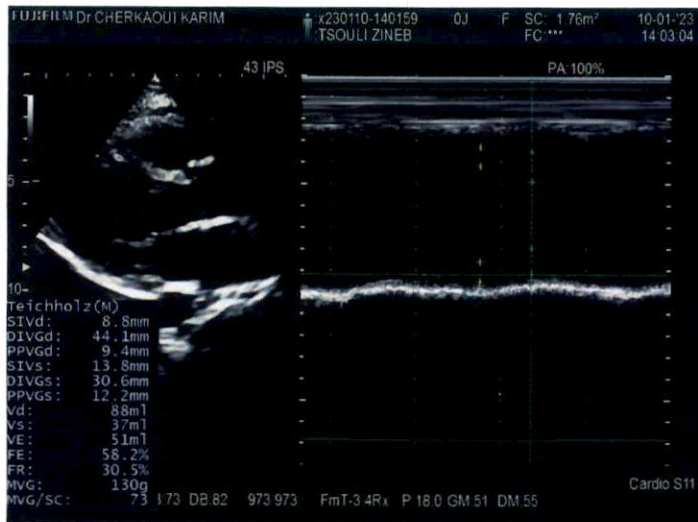
Fréquence : 1000 Hz	Intervalle PR : 110 ms
Durée Echantillon 23 s	Intervalle QT : 413 ms
FC : 68 bpm	Intervalle QTc : 439 ms
Durée P : 95 ms	Axe P : 55.5°
Durée QRS : 87 ms	Axe QRS : 30.1°
Durée T : 296 ms	Axe T : 10.4°

Suggestion :

Suggestion :

Signature Médecin:





1) Bonne Continuité Aortico-Aortique, FEV<sub>s</sub> 58,2%, 2) Pas de dilatation Aortique 3) Valves, mitrale épaisse, petit pourcentage sur le bord libre de la grande valve sans prolapsus. 4) Doppler IT minime avec S<sub>02</sub> = 0,39. flux excentré. IT → P<sub>AR</sub>s 36,2mmHg 5) Revascularisation  
 ⇒ IT minime / FEV<sub>s</sub> : 58,2% / P<sub>AR</sub>s 36,2mmHg



NOTE D'HONORAIRES

Casablanca, le. 10/01/23.

Le Docteur.....

a l'honneur de présenter ses compliments à

M<sup>me</sup> Tsouli ZINEB.....

Et lui adresse selon l'usage sa note d'honoraires.

Echo doppler Cardiaque.....

Soit la somme de :

Neuf cent de.....

900,00.....DHS.

CACHET ET SIGNATURE

ICE :1624102000036 N°Depatente :30311203 N°Identifiant fiscal :48211230

DR. KARIM CHERKAGUI  
CARDIOLOGUE  
Ed. Med Edouard  
Sanctus Spiritus  
2023