

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

- Reclamation : 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

M22- 0013102

Optique 173366 Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7825 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ECHARAF Mohamed

Date de naissance : 05/09/1955

Adresse : 15th Mock Ave 129 West 76 West

Tél. : 061978578 Total des frais engagés : 848,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin Prescripteur : N°3, Résidence Hayat, Casablanca

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/01/23.

Nom et prénom du malade : EL FARAJ Mohamed Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Cardiopathie ischémique

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : DR HAFEDI Karim

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. EZ02 100715

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 : 21/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : DR HAFEDI Karim

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 29/08/23 | Cette | 2000 | 2000 | DR. HAFDI KARIM N°3, Residence Haytman, Haytman, 162, 0522520842 Dr. Hafdi Karim |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| Pharmacie ATTIOUI Doré El Kheir, Rue 1, N°6 Ain Chock Téléphone : 04 05 22 52 08 42 | 29/08/23 | 598,00 |

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 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 | Coefficient des Travaux |
|---|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | <input type="text"/> |
| <img alt="Diagram of upper and lower dental | | | | |

Dr HAFDI Karim

CARDIOLOGUE

Maladies du Coeur et des Vaisseaux

- Ex praticien à l'Hôpital Cochin Saint Vincent de Paul (Paris)
- Ex praticien au CHU Ibn Rochd

- Diplôme d'Échocardiographie de la Faculté de Bordeaux - SEGALÉ
- Diplôme d'Ultrasophraphie Vasculaire de l'Université la Sorbonne
- Diplôme de Cardiologie Pédiatrique de l'Université Paris - Descartes

Casablanca, le

29/08/2023

Mr EL FARA MOHAMED

~~351,70x2
77,40~~

KARDEGIC 160 MG POUDRE EN SACHET BOÎTE DE 3

1 sachet à midi pendant 4 mois

~~58,10x4
232,40~~

CARDENSIEL 5MG COMPRIMÉ PELLICULÉ SÉCABLE

1 CP LE MATIN pendant 4 mois

~~147,10x2
294,12~~

ROZAT 10mg

1cp le soir pendant 4 mois

~~598,00~~

PPV: 147DH10
PER: 03/25
LOT: M1031-2

PPV: 147DH10
PER: 05/25
LOT: M1621-1

Dr. HAFDI Karim
N°3, Résidence Hayatam
Sidi Moumen, Hayatam
Tél.: 05 22 71 66 36 - Urgences : 06 66 23 45 11 - E-mail : hafdikarim1@gmail.com

الدكتور حفيظي كريم

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

• طبيب سابق بمستشفى كوشان بباريس

• طبيب سابق بمستشفى ابن رشد

LOT: 01/2021
P.P.V: 35DH70
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
6 118001 081189

PEF: 31/2024
LOT: 23E004
P.P.V: 35DH70
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
6 118001 081189

7862160239

6 118001 00873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

7862160239

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

7862160239

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

Name: EL FARAH
MOHAMED

Cli No.:

Sex: Male

Age: 68Y

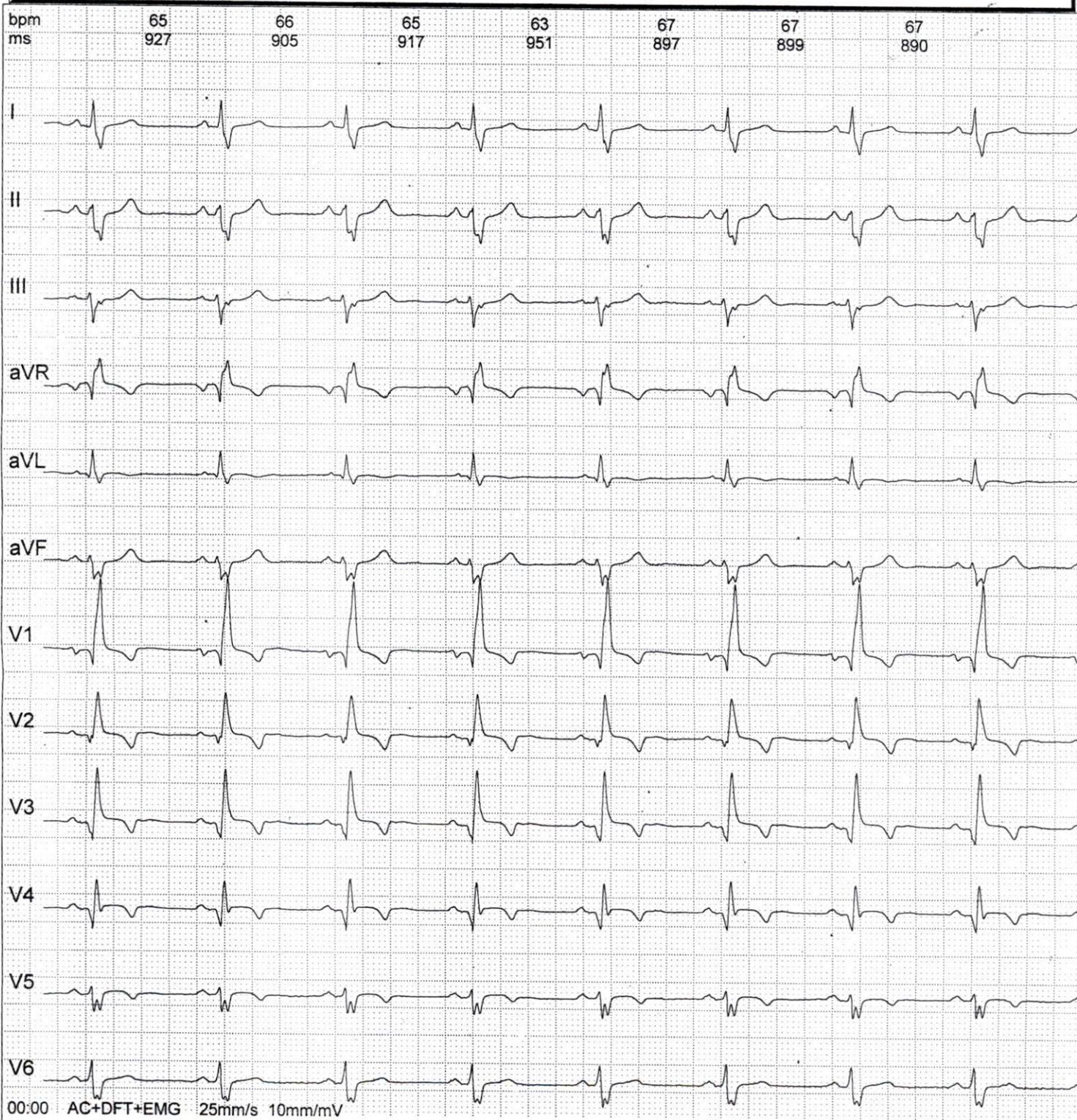
SN: 0017948

Section:

Case No.:

Bed No.:

Date: 29/08/2023 15:51:03



| | | | | |
|---------------|--------|---------------|-----------|---|
| Frequency: | 1000Hz | QT Interval: | 396ms | Prompt: Total Beats 9 ,Normal Beats 9 . |
| Sample Time: | 9s | QTc Interval: | 416ms | in gear Sinus mode Target rate; Severity Right axis deviation; possible old extensive anterior MI; Abnormal T wave; |
| HR: | 66bpm | P Axis: | 42.40;ā | |
| P Interval: | 78ms | QRS Axis: | -112.80;ā | |
| QRS Interval: | 133ms | T Axis: | 65.80;ā | |
| T Interval: | 163ms | RV5/SV1 | 0.07/-mV | |
| PR Interval: | 132ms | RV5+SV1 | - | |

Dr. HAFDI Karim
Cardiologue
N°3, Résidence Hayat, Hay El Walea
Sidi Moumen - Casablanca
T: +212 52 22 71 66 36

Doctor: HAFDI KARIM