

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-607352

65358

60981  
Recette

aire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : 02189

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MAATOUQUI Mohamed

Date de naissance :

1956

Adresse :

G.T Rue 105 N° 6 OULFA  
CASA

Tél. : 0664022730

Total des frais engagés : 575,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Houda EL HADI  
CARDIOLOGIE  
150, Bd Sidi Maârouf, (Lot Bandoun)  
1er Etage, Sidi Maârouf - Casablanca  
Tél: 0522 58 48 57 - 06 50 89 53 36

Date de consultation :

17/03/2021

Nom et prénom du malade :

maatouqui Mohamed Age: 65ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HTA - ST2

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.

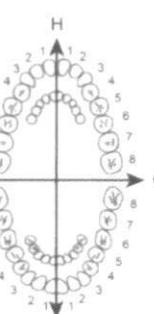
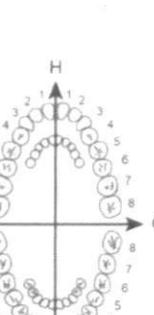
Fait à : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS  
Le 30/03/2021  
ACCUEIL

RELEVE 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
17/03/2021		8 + 50	2500 Dhs	Dr. Houda EL HADJ CARDIOLOGUE 150, Bd Sidi Maârouf (1er Dendoua) Casablanca Tél: 0522 58 48 57 - 06 60 69 53 36

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Nature des Soins</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Coefficient</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
				<b>INP :</b> <input type="checkbox"/>												
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>												
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>												
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>												
<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> </table> <b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G	00000000	00000000
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G	00000000	00000000														
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>												
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="checkbox"/>												
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>												

# Docteur Houda EL HADI

## CARDIOLOGUE

### Maladies du cœur et des vaisseaux

Diplômée des facultés de médecine de Casablanca et Bordeaux II

Casablanca, le : 17/03/2021

### M. MAATOUQUI Mohamed

Ref LOT N° : 103,30  
EXP :  
PPV :

opétique



PRELECTAL 5/1,25 mg : 1 comp. par jour le matin

BISOCARD 5 mg :

matin

INIKAL 5 mg : LOT : 191731

UT AV : 10/2022 pour le matin

PPV : 43,00 DH

Cardioaspirine 100mg/30cps  
Acide acétysalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

CARDIOASPIRINE 100mg : 1

repas de midi

CRESTOR 5 mg :

Maphar  
Km 10, Route Côtier 111,  
Q1 Zenata Ain sebaa Casablanca  
Crestor 5mg cp pell b30  
P.P.V. : 114,10 DH

au dîner

Traitement à poursuivre jusqu'au prochain contrôle/ 15 JOURS

Dr. Houda EL HADI  
CARDIOLOGUE  
159, Bd Sidi Maarouf, (lot Dandoun)  
1er Etage, Sidi Maarouf - Casablanca  
Tel: 0522 58 48 57 - 06 50 69 53 36



3783  
4300



Adresse : N° 159 Bd Sidi Maarouf (lot Dandoun), Sidi Maarouf, 1 er étage, CP 20520, Casablanca

Bur : 0522584857 Urgences : 0650695336 - Email : dr.elhadicardio@gmail.com

# ECG

Dr Houda EL HADI

NOM: Mohamed MAATOUQUI ID : Genre :Homme Age :63 DOB :01-01-1956 Date of Test :17-03-2021 10:41  
Case #: Investigation #: Médecin Référent:Dr EL HADI Houda

10mm/mV 25mm/s



Fréquence :	1000 Hz	PQ Interval :	160 ms
Durée Echantillon	13 s	Intervalle QT :	421 ms
FC :	85 bpm	Intervalle QTc	501 ms
Durée P :	99 ms	Axe P :	70.1°
Durée QRS :	92 ms	Axe QRS :	-23.6°
Durée T :	299 ms	Axe T :	95.4°

Filtre Principal:On Filtre ADS:On

Suggestion :

*Dr. Houda EL HADI  
CARDIOLOGUE  
159, Bd Sidi Maârouf, (Lot Rendouï)  
1er Etage, Sidi Maârouf - Casablanca  
Tel: 0522 58 48 57 - 06 50 89 53 36*

Signature Médecin: