

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.

Diagnostique 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

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° P19-0029699

ND: 30279

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1695 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : AHADDOUCH Smail
Date de naissance : 01/01/1954
Adresse : Quartier de la Commune Hay Hassani
Bloc 10 N° 465 Casablanca
Tél. : 0665077276 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 28/05/2020
Nom et prénom du malade : Sekour KHADJA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Symp. Coronaropathie Diagonale
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 : Le :
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
28/05/2020			3809,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

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

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

NOM: S. K.oun

DATE 28-09-20

Prénom: K. Hadiga

Chambre: Box 9

J: 1

Médecin(s) Traitant(s): D^r Sbaoui

Diagnostic: coronariopathie

Horaire	8H	9H	10H	11H	12H	13H	14H	15H	16H	17H	18H	19H	20H	21H	22H	23H	00H	1H	2H	3H	4H	5H	6H	7H
T.A							12/5																	
Pouls							55																	
C°							37°																	
Diurèse																								
SNG																								
Dextro																								
Saturat°							95%																	

Prescription Médicale

PERFUSION	Autres Thérapeutique
SS 500 (G.V.)	
ANTIBIOTHERAPIE	ANALGESIE
ANTICOAGULANTS	OXYGENE
REPRISE DE L'ALIMENTATION	CONSIGNES
	VO = Rantegit 16.0mg 15/5 D ^{mi} p ^{mi} 2.5 15/5 D ^{mi} p ^{mi} 1.25 15/5 D ^{mi} p ^{mi} 1.25 15/5 D ^{mi}
EXAMENS COMPLEMENTAIRES	



مصحة الرازي

CLINIQUE AR-RAZI

Clinique AR-RAZI

Fes Le : 29/05/2020

Facture N° 2338/20

Etablie par LATIFA Page 1/1

Identification

N° Dossier : POE282020

N° Identifiant : 20055021/20

Nom & Prénom : SEKOUR KHADIJA

C.I.N. : FGYH

Date Entrée : 28/05/2020

Date Sortie : 29/05/2020

Adresse : FES

Traitement : Hospitalisation

Médecin : DR SLAOUI

Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
ACTES CHIRURGICAUX					
Coronarographie	1	3 800,00			3 800,00
Total Rubrique :					3 800,00
PARTIE CLINIQUE :					3 800,00
HONORAIRES MEDICAUX					
Dr. DR SLAOUI (CARDIOLOGIE)	1	2 200,00			2 200,00
Total Rubrique :					2 200,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:					2 200,00
Encaissement :					TOTAL FACTURE
					6 000,00
Espèce :	Chèque :	6 000,00	Solde :		
	N° 5757915-				

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Six mille Dirhams

Cachet et signature

(Signature)
CLINIQUE AR-RAZI
N° 10, Hay Anas 3, Route Ain Chkef - FES
Tél : 05 35 96 88 88 / 05 35 96 88 89
Fax : 05 35 96 86 69

COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

Nom & prénom du malade : Sekou K. Hadjo

Date d'entrée : 28 / 05 / 2020

Date de sortie : 29 / 05 / 2020

Motif d'hospitalisation :

Syndrome élargi de la base

Diagnostic :

E.C.G. trouble de l'apex

Bilan / biologie / radios :

Petit écart de la base

E.C.G. T y p k u m a l

Résumé clinique :

L'indication d'une coronarographie

est à titre objectif

un pont myocardiographique

sur la base de la
d'Atti n s e l l e m

Dr. Mohamed ELABDI
CARDIOLOGUE

CLINIQUE AL-JAMAL
N° 10, Hay Anas
Tél : 05 35 96 88 88
Fax : 05 35 96 88 89



مصحة الرازي

CLINIQUE AR-RAZI

RAPPORT DE CORONAROGRAPHIE

INFORMATIONS PATIENT :

Nom : SEKOUR

Prénom : KHADIJA

Date de l'examen : 28/05/2020

Médecin traitant : Dr MAYOUSSI CHAMA

INDICATION : SYNCOPE AVEC TROUBLE DE LA REPOLARISATION EN ANTEROSEPTAL

TECHNIQUE :

Ponction de l'artère radiale droite par méthode de Seldinger. Désilet 5F

RESULTAT :

Réseau coronaire gauche :

- Tronc commun TCG de bon calibre sans sténose
- L'IVA est une artère de moyen calibre, ne fait pas la pointe et donne naissance à plusieurs branches diagonales dont une principale
- L'IVA et ses branches de division ne présentant pas de sténose
- Pont myocardique de la branche diagonale principale sans lésion d'athérosclérose
- L'artère circonflexe est une artère de bon calibre régulière et donne naissance à une branche marginale principale
- Système circonflexe -marginale indemne de sténose
- Spasme de l'ostium de la circonflexe ayant cédé rapidement sous vasodilatateur

Réseau coronaire droit : dominant

- L'artère coronaire droite est une artère de bon calibre, donne naissance au niveau de la croix du cœur à une artère interventriculaire postérieure développée et à une artère rétro ventriculaire de bon calibre.
- L'artère coronaire droite ne présentant pas de sténose

CONCLUSION :

- Pont myocardique de la branche diagonale principale sans lésion d'athérosclérose.

CLINIQUE AR-RAZI
N° 10, Hay Anas 3, Route Ain Chkef - FES
Tél : 05 35 96 88 88 / 05 35 96 88 89 - Fax : 05 35 96 86 69

Signé : Dr Slaoui.

Dr. Mohamed SLAOUI
CARDIOLOGUE
Bureau 101

I.F : 15185471 - Patente : 13070722 - CNSS : 9949423 - ICE : 001632807000032

N° 10, Hay Anas 3, Route Ain Chkef - FES • Tél : 05 35 96 88 88 / 05 35 96 88 89 - Fax : 05 35 96 86 69
GSM : 06 61 45 76 50 - 06 61 46 76 98 • E-mail : cliniquearrazi@gmail.com



مصحة الرازي
CLINIQUE AR-RAZI

DATE: 29/05/2020

NOTE D'HONORAIRE

Nom Médecin : Dr. DR SLAOUI



Adresse Professionnelle:

Ville Professionnelle :

Tél : 0661.37.12.94

Specialité : CARDIOLOGIE

I.F. :

Taxe Prof. :

N° C.N.S.S. :

N° Facture : 2338/20

N° Dossier : POE282020

Patient : SEKOUR KHADIJA

Montant honoraire : 2 200.00

Dr. Mohamed SLAOUI
CARDIOLOGUE
Av. Slaoi Résidence NOUR Bureau 101
Tél : 06 61 45 76 50 - Fax : 06 61 46 76 98

I.F : 15185471 - Patente : 13070722 - CNSS : 9949423 ICE : 001632807000032

N° 10, Hay Anas 3, Route Ain Chkef - FES • Tél : 05 35 96 88 88 / 05 35 96 88 89 - Fax : 05 35 96 86 69
GSM : 06 61 45 76 50 - 06 61 46 76 98 • E-mail : cliniquearrazi@gmail.com