

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.



Declaration de Maladie

N° W19-539788

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2695 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HOUARI NADIA

Date de naissance : 23.11.55

Adresse : 3, Rue de la corniche et yassir

Tél. : 0661265039

Total des frais engagés : 1300 Dht

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ALAMI M
Professeur en Cardiologie
264, Bd. Ghazal Casablanca
Tél. 05 22 39 01 12/05 01 13 78 06

Date de consultation : 19 JUIN 2020

Nom et prénom du malade : HOUARI NADIA Age :

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

Nature de la maladie : Maladie chronique

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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : 24/06/20

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
13 JUIN 2020	Consultation cadw	30	30 DH	INP : 91005520 Dr. AMI M Professeur en Cardiologie
19 JUIN 2020	Echocardiographie	1	264 DH	Dr. AMI M Professeur en Cardiologie

INP : 91005520

AMI M
en Cardiologie
Dr. AMI M
Professeur en Cardiologie
264, Bd. Ghazi - Casablanca
Tel. 05 22 89 01 12 / 06 31 16 78 16

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

[illegible]

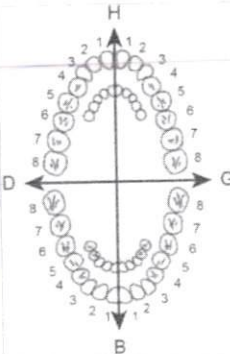
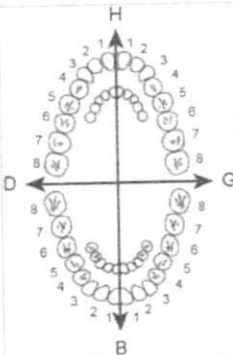
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 d

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"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
				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'EXE

Important :

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

INP :

--	--	--	--	--	--	--	--

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

	DATE DE L'EXECUTION
--	------------------------

O.D.F.

PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

1

25533412	21433552
00000000	00000000

D	00000000	00000000
	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



Casablanca le

27/04/13

M^l CHARAI MADIA

Epreuve d'effort

Dr. RAGBAOUI Yassine
Cardiologue
Tél.: 06 42 30 32 07



Urgence 24h/24h المستعجلات

19, Bd. Ibnou Sina - Casablanca Tél: 05 22 94 39 33 (L.G) - Fax: 05 22 94 30 22

www.cardiocasaanfa.com - Email: contact@cardiocasaanfa.com - I.C.E.: 001742957000002

Patente: 35806678 - I.F: 1004548 - C.N.S.S.: 6021589 BMCI - Agence Mohamed V - RIB: 013 780 01 104 01384700132 48

19، شارع ابن سينا - الدار البيضاء الهاتف: 05 22 94 39 33 - الفاكس: 05 22 94 30 22
بتاننا: 35806678 - ت ج: 1004548 - ص و ض ج: 6021589 التعريف البنكي: 013 780 01104 01384700132 48



Casablanca le 27/04/13

M^{me} CHARRAI MADIA

- ① Monel 300 g Cp
1 cp/j le soir pdt 1 mois
- ② dermot plus Cp
1 cp/j soir pdt 15 jours.

Dr. RAGBAOUI Yassine
Cardiologue
Tél.: 06 42 30 32 07



Urgence 24h/24h المستعجلات

19, Bd. Ibnou Sina - Casablanca Tél: 05 22 94 39 33 (L.G) - Fax: 05 22 94 30 22
www.cardiocasaanfa.com - Email: contact@cardiocasaanfa.com - I.C.E. : 001742957000002
Patente: 35806678 - I.F: 1004548 - C.N.S.S.: 6021589 BMCI - Agence Mohamed V - RIB: 013 780 01 104 01384700132 48

19، شارع ابن سينا - الدار البيضاء الهاتف: 05 22 94 39 33 - الفاكس: 05 22 94 30 22
بانتا: 35806678 - ت ج: 1004548 - ص و ج: 6021589 التعريف البنكي: 013 780 01104 01384700132 48



Casablanca, le :04 / 06 / 2020

COMPTE RENDU D'ÉCHOCARDIOGRAPHIE DOPPLER COULEUR

Mme CHARAI HOUARI NADIA

COMPTE RENDU :

- VG non dilaté, non hypertrophié, hypokinésie base de la paroi antéroseptale et hypokinésie de la paroi inféroseptale, FEVG à 55%
 - Profil mitral type normal
 - Pressions de remplissage normales
 - Valve mitrale fine fuite mitrale minime sans sténose
 - Valve aortique tricuspe sans fuite ni sténose
 - VD non dilaté de fonction longitudinale conservée (TAPSE=18mm)
 - Pas d'IT exploitable
 - Péricarde sec
 - VCI non dilatée compliant
 - Aorte thoracique initiale de dimension normale
- Au total :**
- Cardiopathie ischémique, FEVG à 55%
 - IM minime
 - Pas d'HTP
 - Péricarde sec

Dr. Y .Ragbaoui

المستعجلات 24h/24h Urgence

19, Bd Ibnou Sina - Casablanca Tél: 05 22 94 39 33 (L.G) - Fax: 05 22 94 30 22

www.cardiocasaanfa.com - Email. contact@cardiocasaanfa.com - I.C.E. : 001742957000002

Patente: 35806678 - I.F: 1004548 - C.N.S.S.: 6021589 BMCI - Agence Mohamed V - RIB: 013 780 01 104 0132 48

19, شارع ابن سينا- الدار البيضاء الهاتف: 05 22 94 39 33 - الفاكس: 05 22 94 30 22

بتاننا: 35806678 - ت ج: 1004548 - ص و ض ج: 6021589 التعريف البنكي: 013 780 01104 01384700132 48

Jui- 4-2019 7:45 PM

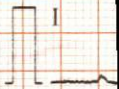
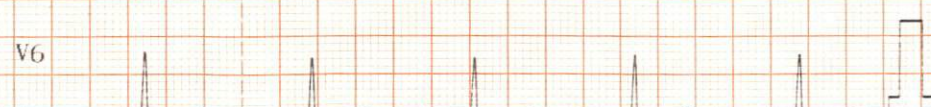
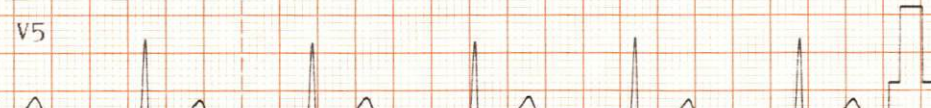
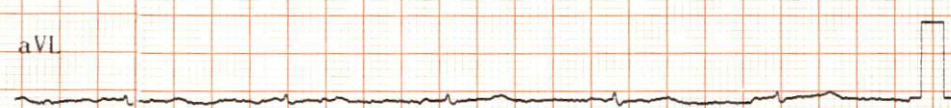
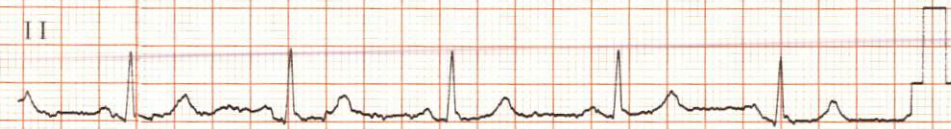
Nom:
 Sexe: Femm Date naiss:
 Symptômes:
 10 mm/mV 25 mm/s Filtre: H50 d 35 Hz

Medicament:
 cm kg mmHg 69 bpm
 Historiqu:
 10 mm/mV

ID:
 Nom:
 Sexe: Fe
 cm
 Fréquer
 Interva
 durée 0
 int. QT
 axe P/Q
 ampl RV
 ampl RV

1100
 9110

10 mm/mV



Rapport
 Revu par

Exam:

1350K 05-03 03-05 Service:

Exam:

Ans

Date naiss:

mmHg

ulaire

69 bpm

158 ms

82 ms

406/425 ms

41/58/49

1.155/0.625 mV

1.780 mV

musal
ormal **

Moyenne

V1

V4

aVR

V2

V5

aVL

V3

V6

aVF

rmé

