

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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° W19-471846

WP - 41657

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05381 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KHAOU - JACHA

Date de naissance : 16/10/62

Adresse : RS - Le Sud - ANGLE SAKEL / HANAN ZCAT - Palmier case 25/4pt

Tél. : 062255855 Total des frais engagés : 120610 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Rachid EL HACHAU
CARDIOLOGUE
222, Bd. Brahim Roudani
Tél: 05.22.99.18.78 - CASABLANCA

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/09/20

Nom et prénom du malade : KHAOU JACHA Age :

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

Nature de la maladie : HTA

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

Le : 25 / 08 / 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
07/09/2022	Examen	1	1300,00	INP : 0910111111

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/09/2022	406,10

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []														
				MONTANTS DES SOINS []														
				DEBUT D'EXECUTION []														
				FIN D'EXECUTION []														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<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		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXECUTION

Docteur Rachid EL HACHMI

الدكتور رشيد الهاشمي

Cardiologue

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rennes - France
Echodoppler Cardiaque couleur
Holter E.C.G. et Tensionnel. Epreuve d'effort
Membre de la société française de cardiologie
Rythmologue-Pose de Pace Maker
Ex. Cardiologue des Hôpitaux de France

إختصاصي في أمراض القلب والشرابين
خريج كلية الطب برين - فرنسا
فحص القلب بالصدى والدوبلير بالألوان
عملية زرع ناظمة قلبية
طبيب سابق بمستشفيات فرنسا



Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 54,10 DH



Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 54,10 DH

Casablanca, le

07/09/20

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair brou al aouam roches
noires casablanca

INEXIUM

40 mg

Cpr GR

Boîte 14

641150MP/21NRQ P.P.V.: 123,60 DH



6 118001 020607

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair brou al aouam roches
noires casablanca

INEXIUM

40 mg

Cpr GR

Boîte 14

641150MP/21NRQ P.P.V.: 123,60 DH



6 118001 020607

Dr. Rachid EL HACHMI

CARDIOLOGUE

222, Bd. Brahim Roudani

Tel: 05.22.99.18.78 - Casablanca

صيدلية طوقر
Pharmacie du Zoubair
36, Boulevard du 9 Avril - Palmier
Casablanca - Tel: 0522 25 32 05
pharmacie.dulouvre@gmail.com

7/12/20

Sur Rendez-Vous

Surveillance particulière pendant le traitement.
Prescription initiale réservée aux spécialistes en cardiologie et

دواء خاضع لمراقبة خاصة أثناء العلاج
دواء خاضع لوصف أولي خاص للمختصين في أمراض القلب و الطب الباطني



7862160238

Con



CARDENSIEL 2,5mg B30

PPV : 50,70 DH

Casablanca le 07/09/20

Dr Rachid EL HACHMI
Cardiologue diplômé de la
Faculté de médecine de Rennes-France
Tel :05.22.99.18.78
e-mail :ra-hachmi@hotmail.com

COMPTE RENDU D'ECHO-DOPPLER
CARDIAQUE COULEUR

Mme KHALID JALILA

1. Cœur de taille normale, et de fonction VG systolique correcte

- ♣ VG = 24/47 mm. OG=35mm.OD=28mm.VD=20mm.
- ♣ Septum = 10/ 14mm
- ♣ F E = 76% .

2. Valves :

- ♣ Souples
- ♣ Flux normaux au doppler couleur.

3. PERICARDE : SEC

Dr. R EL HACHMI

Dr. Rachid EL HACHMI
CARDIOLOGUE
222, Bd. Brahim Roudani
TEL: 05.22.99.18.78 - CASABLANCA

Casablanca le 07/09/20

Dr Rachid EL HACHMI
Cardiologue diplômé de la fac.de médecine
De Rennes-France
222 Db Brahim Roudani Maârif-Casablanca
Tél : 05.22.99.18.78
E-mail: ra-hachmi@hotmail.com

NOTE D'HONORAIRES

ICE =001794017000043

INP =091051508

NOM - PRÉNOM :KHALID JALILA

ACTES : CS+ECG =300DH.

ECHOCOEUR =1000DH

TOTAL: 1300DH

Dr. Rachid EL HACHMI
CARDIOLOGUE
222, Bd. Brahim Roudani
Tél: 05 22 99 18 78 - CASABLANCA

JAN. 01 2003 00:00
ID= AGE=

AC, DERIVAT, MUSCLE 1

ERABIV
TALLA

07/29/20



Dr. Rachid EL HACHMI
CARDIOLOGUE
222, Bd. Brahim Roussert
Tél: 05.77.00.18.79, r.hachmi@univ-bordeaux.fr

DR RACHID EL HACHMI
TEST

ID:0815

Cardiaque V
3S

12:45:56
07-Sep-20

1 VA Vmax = 0.98 m/s
VA GPmax = 3.82 mmHg
GPmoy = 2.06 mmHg
VA VTI = 23.74 cm

V = 0.00 m/s
Pg = 0.00 mmHg

2D 16 cm
20 m/s
f 1.7 MHz H
DR 65 dB
R 4.0 G 62
CFM G 58
f 2.2 MHz
PRF 4000Hz
RBV4 2cm/s
PW G 58.5
f 1.80 MHz
Vit 2.6m/s
RBV15cm/s
VM 4.107mm
0.0

0.70
P 0dB
IT 1.7
IM 0.4
0.70

