

# 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.

## Prothèse :

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

Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 062198

N.D. 44934

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01560 Société : RAY

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SADDIKI Nour

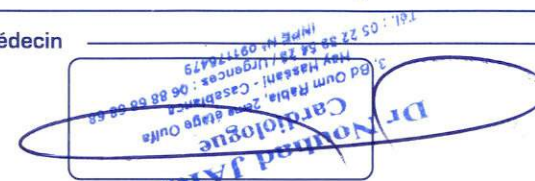
Date de naissance : 1.1.1953

Adresse : 10 rue n° 12 BR U EL OULFA

Tél. : 0669995935 Total des frais engagés : 1000 DA Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/10/2020

Nom et prénom du malade : Dr. Sadiki Mohamed Age : 67ans

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

Nature de la maladie : coronarien / 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

*[Handwritten signature]*

23 OCT. 2020



# 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
09/12/2020			10000	DR N. JARDI

# 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 :

Veillez 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																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></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

**Dr Nouhad JARDI**  
**Cardiologue**

- Lauréate de la Faculté de Médecine de Casablanca
- Ancien Médecin à l'Hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca
- Ancien Interne des CHU Ibn Rochd de Casablanca et de Nancy
- Diplômée en Echocardiographie Doppler de l'Université Bordeaux II
- Diplômée en Ultrasonographie Vasculaire de l'Université Pierre et Marie Curie - Paris VI



**الدكتورة نهاد جردي**  
**أخصائية في أمراض القلب و الشرايين**

- خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
- طبيبة سابقا بمستشفى الشيخ خليفة بالدار البيضاء
- طبيبة داخلية سابقا بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء و بمستشفى نانسي بفرنسا
- دبلوم فحص القلب بالصدى من جامعة بوردو بفرنسا
- دبلوم فحص الشرايين و الأوعية بالصدى من جامعة بيار و ميري كري بباريس

Casablanca, le 09/10/2020 ..... الدار البيضاء في

Nom et Prénom : **Mr SADDIKI MOHAMED**

**FACTURE N°140/2020**

- **EPREUVE D'EFFORT : 1000,00 DH**

**Arrêtée la présente facture à la somme de mille dirhams**

**Signé Dr N. JARDI**



Nom:

**Sadiki Mohamed**

No ID:

**SADIKI MOHAMED**

Cas n°:

**09102020**

Né: 01.01.1953  
 Age: 67 A  
 Sexe: M  
 Taille: -- cm  
 Poids: -- kg  
 Indic: Dr JARDI  
 Med:

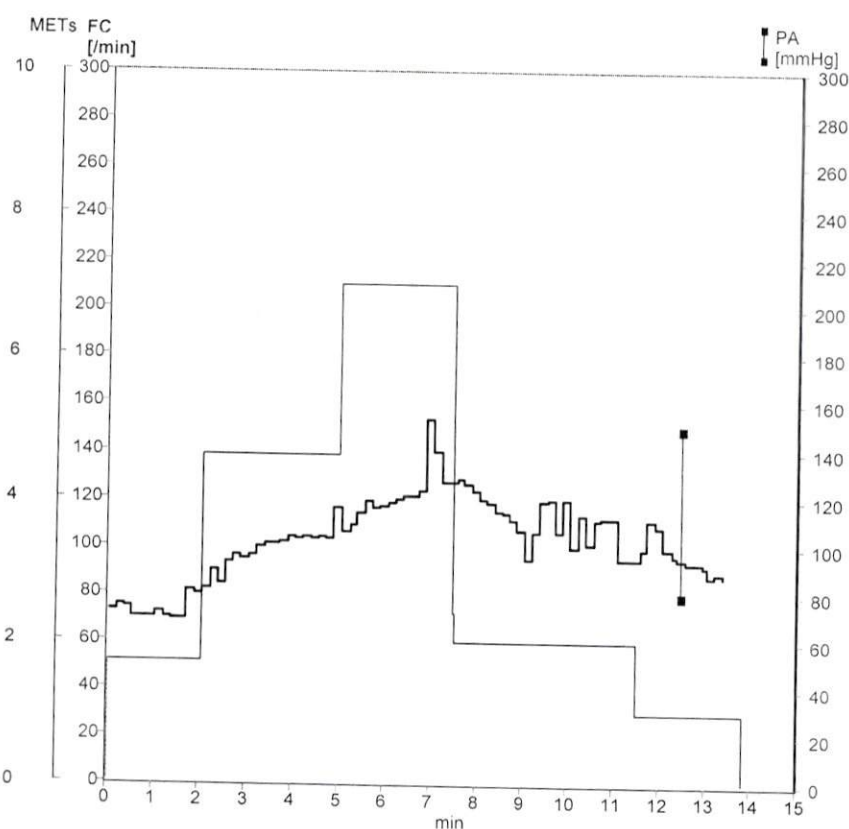
METs max 7,0 (--) METs (--) %  
 FC max: 153 (153) /min (100) %  
 PA max: 150 / 80 mmHg  
 PA \* FC max - mmHg / min  
 Min. BP x HR 0 mmHg / min  
 DP-Factor -  
 Surface corporelle -- m<sup>2</sup>

Critère d'arrêt:

Rem:

Protocole: BRUCE

Ergo / PA: Schiller Intertrack 8100T / -



Rest time 2:01      Durée effort 5:28      Durée récupération 6:21      Durée totale 13:50

**Interprétation**

Epreuve d'effort valide, menée à 86% de la FMT (7 mets), arrêtée au 2ème palier devant l'apparition d'une douleur lombaire.

Pas de douleur thoracique, ni de modification du segment ST

Pas d'arythmie enregistrée

Profil tensionnel correct

==> EE négative cliniquement et électriquement

Validé

/ 09.10.2020 09:29:07

SDS-200 2.70.1

-- Composante Totale --

(CS-200 1.62 5.61 2.70.1)

Page 1/5

**Dr Mohamed JARDI**  
 Cardiologue  
 3, Bd Dum RABIA - Casablanca  
 Tél : 05 22 88 54 78 / 05 22 88 54 79  
 INPE N° 091176479



Nom:

**Sadiki Mohamed**

No ID:

**SADIKI MOHAMED**

Cas n°:

**09102020**

Critère d'arrêt:

Rest time 2:01  
 Durée effort 5:28  
 Durée récupération 6:21  
 Durée totale 13:50

Indic: Dr JARDI

METs max 7,0 (--) METs (--) %  
 FC max: 153 (153) /min (100) %  
 PA max: 150 / 80 mmHg  
 PA \* FC max - mmHg / min  
 Min. BP x HR 0 mmHg / min  
 DP-Factor -

Protocole:

BRUCE

Ergo / PA:

Schiller Intertrack 8100T / -

## Protocole Paliers

ST@J +60ms

	Temps mm:ss	METs	Vitesse [km/h]	Elévation [%]	FC [/min]	PA [mmHg]	ST V5 [mm]	P	Y	D	B	R	ES
Pré	2:01	1,7	1,5	0,0	81	-	0.3	0	0	0	0	0	-
Charge1	3:00	4,6	2,7	10,0	105	-	0.7	0	0	0	0	0	-
Charge2	5:28	7,0	4,0	12,0	128	-	0.1	0	0	0	0	0	-
STMax	0:06	2,0	2,0	0,0	128	-	-0.2	0	0	0	0	0	-
Réc	1:00	2,0	2,0	0,0	114	-	0.4	0	0	0	0	0	-
Réc	2:00	2,0	2,0	0,0	89	-	0.3	0	0	0	0	0	-
Réc	3:00	2,0	2,0	0,0	101	-	0.1	0	0	0	0	0	-
Réc	4:00	2,0	2,0	0,0	101	-	0.5	0	0	0	0	0	-
Réc	5:00	1,0	0,0	0,0	94	150/80	0.3	0	0	0	0	0	-
Réc	6:00	1,0	0,0	0,0	101	-	0.3	0	0	0	0	0	-
Fin	6:21	1,0	0,0	0,0	86	-	0.3	0	0	0	0	0	-

Nom:

**Sadiki Mohamed**

No ID:

**SADIKI MOHAMED**

Cas n°:

**09102020**

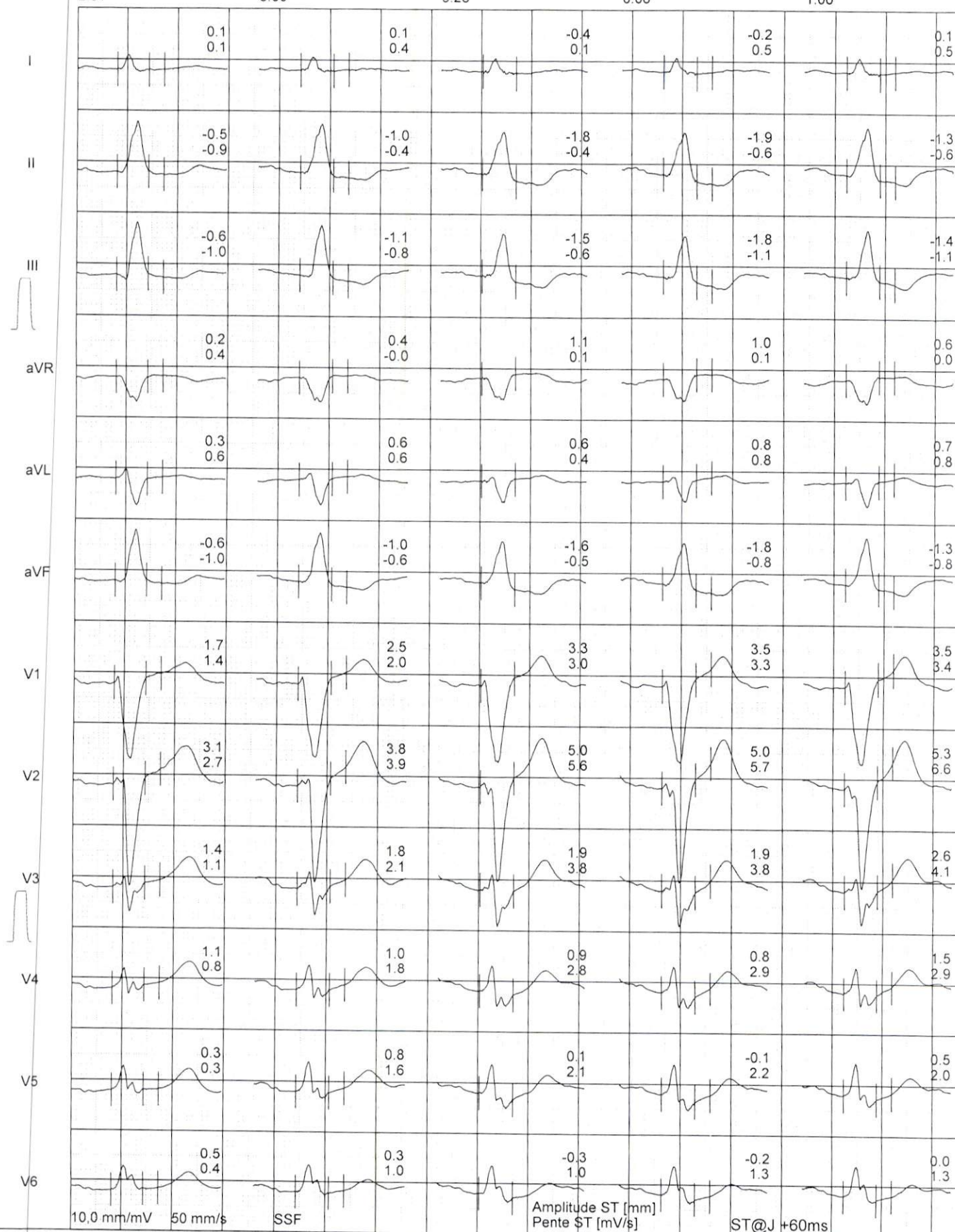
Pré  
81 /min  
1,7 Mts  
-/- mmHg  
2:01

Charge1  
105 /min  
4,6 Mts  
-/- mmHg  
3:00

Charge2  
128 /min  
7,0 Mts  
-/- mmHg  
5:28

STMax/Réc  
128 /min  
2,0 Mts  
-/- mmHg  
0:06

Réc  
114 /min  
2,0 Mts  
-/- mmHg  
1:00



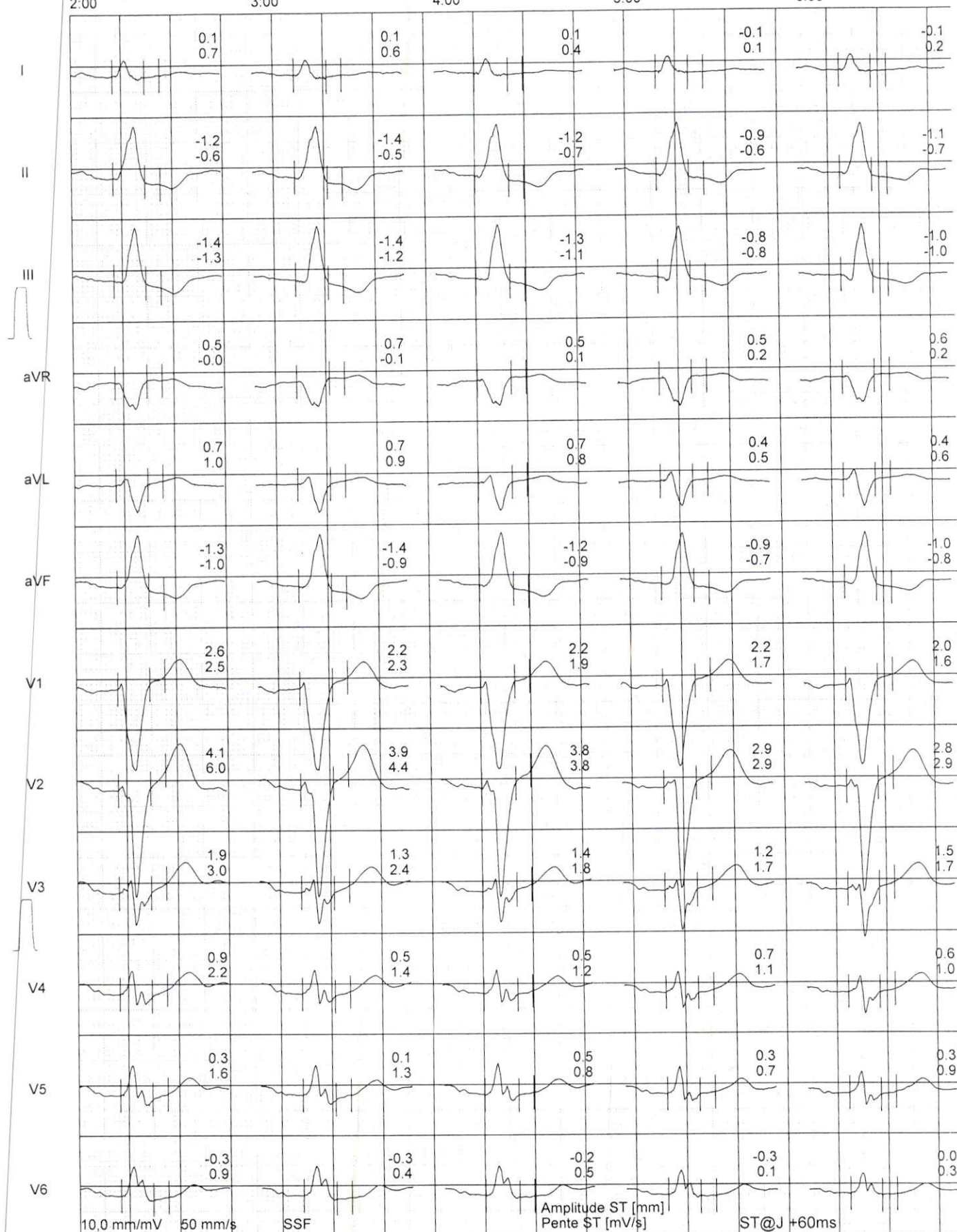
Nom:

**Sadiki Mohamed**  
**SADIKI MOHAMED**

Cas n°:

**09102020**

No ID:

Réc  
89 /min  
2,0 Mts  
-/- mmHg  
2:00Réc  
101 /min  
2,0 Mts  
-/- mmHg  
3:00Réc  
101 /min  
2,0 Mts  
-/- mmHg  
4:00Réc  
94 /min  
1,0 Mts  
150/80 mmHg  
5:00Réc  
101 /min  
1,0 Mts  
-/- mmHg  
6:00



Nom:

**Sadiki Mohamed**  
**SADIKI MOHAMED**

No ID:

Cas n°:

**09102020**Fin  
86 /min  
1.0 Mts  
-/- mmHg  
6:21