

## 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

- Réclamation : 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-525408

ND: 29655

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3101 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : SABIR Mohamed

Date de naissance : 01/01/1943

Adresse : habituel

Tél : 0663 74 70 67 Total des frais engagés : 1588,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/02/2020

Nom et prénom du malade : SABER FATIMA Age :

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

Nature de la maladie : Cardiopathie 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 déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 18/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

23 JUN. 2020

ACCUEIL



# 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
03/02/2020	C.S.		2500 Dh	INP : 091048457

# 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
	12/02/2020	3900 p	3600 Dh

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 l'ODF.

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																
	<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 <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			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'EXECUTION



# CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATION CARDIO - VASCULAIRES

**Dr. Abdelkhalek CHOULADI**  
**CARDIOLOGUE**

Spécialiste Maladies du Cœur et Vaisseaux  
Diplôme de la Faculté de Médecine de Paris  
Diplôme de Cardiologie Adulte et Pédiatrique  
Ex. Attaché des Hôpitaux de Paris  
Diplômé d'Echographie - Doppler Cœur et Vaisseaux



**الدكتور عبد الخالق شولادي**  
**طبيب القلب**

إختصاصي في أمراض القلب والشرايين  
الدورة الدموية وارتفاع الضغط الدموي  
خريج كلية الطب بباريس  
الكشف بالأمواج مافوق الصوتية والصدى للقلب

Casablanca le 03.02.2020. الدار البيضاء في

125.00 x 4 1) ANGINIB 50 - 1/1  
500.00

81.00 x 4 2) Fibron 240 1/1  
401.00



73.40 3) Simvast 40  
978.40 4) 1/1



sur rendez - vous بالمواعيد

50. زنقة مصطفى المعاني ( مقابل متجر الرياض ) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 44 35 39 / 05 22 44 49 49  
Rue Mostapha El Maâni - ( en face Centre Riad ) - Casablanca - Tél. : 05 22 44 35 39 / 05 22 44 44 49



HO 00.18 App  
EXP 06 2022

EXP 06 2022  
PPV 81.00 DH

EXP 06 2022  
PPV 81.00 DH

FIBROCARD 240 mg  
30 gélules

FIBROCARD 240 mg  
30 gélules

FIBROCARD 240 mg  
30 gélules

PER: JAN 2022  
PPV: 125 DH 00

CO-ANGINIB 50 mg/12.5 mg  
30 Comprimés

CO-ANGINIB 50 mg/12.5 mg  
30 Comprimés

PER: AUT 2021  
PPV: 125 DH 00

CO-ANGINIB 50 mg/12.5 mg  
30 Comprimés

PER: OCT 2021  
PPV: 125 DH 00

CO-ANGINIB 50 mg/12.5 mg  
30 Comprimés

FIBROCARD 240 mg  
30 gélules

EXP 06 2022  
PPV 81.00 DH

Simvacol<sup>®</sup> 40 mg سيمفاكول<sup>®</sup>  
Simvastatine

FIBROCARD 240 mg  
30 gélules

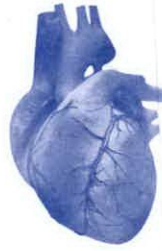
EXP 06 2022  
PPV 81.00 DH

73,40



**Dr. Abdelkhalek CHOULADI**  
CARDIOLOGUE

Spécialiste Maladies du Cœur et Vaisseaux  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris  
Diplômé de Cardiologie Adulte et Pédiatrique  
Ex. Attaché des Hôpitaux de Paris  
Diplôme de Vaisseaux



الدكتور عبد الخالق شولادي  
طبيب القلب  
إختصاصي في أمراض القلب و الشرايين  
الدورة الدموية و إرتفاع الضغط الدموي  
خريج كلية الطب بباريس  
الكشف بالأموح مافوق الصوتية والصدى للقلب

Mme SABER Fatima  
01-01-1949



2002120068  
A coller sur l'ordonnance

ORDONNANCE

3.02.2011

## Bilan Biologique

Nom / Prenom : SABER Fatima

Age : ..... - Sexe : ..... H ☐ F ☐

☐ NFS, VS, CRP

☐ ASLO

☐ Ionogramme sanguin

☐ GOT/GPT

☐ Urée sanguine

☐ Créatinémie

☐ Glycémie à Jeûn

☐ Glycémie post Prandiale

☐ HbA1c

☐ Albuminurie

☐ Microalbuminurie

☐ Cholesterol Total

☐ Triglycérides

☐ HDL - Cholesterol

☐ LDL - Cholesterol

☐ Acide urique sanguin

☐ T3

☐ T4

☐ TSH

☐ Autres : Tropamine

Dr. LOUANLI Nouredine - Biologiste  
10, Rue Prince Moulay Abdellah - Casablanca  
Tél : 0522 2074 22 / 22 11 95 - Fax : 0522 2074 22

☐ Faible (0 à 1 Facteur de risque)

☐ Modéré (1 à 2 Facteur de risque)

☐ Modérément élevé (2FR)

☐ Élevé (risque à 10 ans > 20%)

(Selon Framingham)

sur rendez-vous • بالموعد



INP : 093001980  
IF : 706552  
ICE : 001654761000041

## FACTURE

CASABLANCA le 12-02-2020

MUPRAS  
Mme Fatima SABER  
Prescripteur : Dr Abdelkhalek CHOULADI

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E22	E
0149	Troponine	B250	B

Total des B : 250

TOTAL DOSSIER : 360.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : trois cent soixante dirhams .

Dr Nouredine LOUANJLI

مختبر التحليلات الطبية لبوماك  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
LABOMAC  
Dr. LOUANJLI Nouredine - Biologist  
10. Rue Prince Moulay Abdellah - Casablanca  
Tel : 0522 20 74 22 / 05 22 26 83 03

Prélèvement a Domicile Tél : 06 77 06 70 95

40. Rue Prince Moulay Abdellah - Casablanca C.P. 20.080

40. محج الأمير مولاي عبدالله - الدار البيضاء - ر ب

Tél.: 05 22 47 33 83 / 05 22 20 74 22 / Fax : 05 22 26 83 03

e.mail : labomac1@gmail.com / n.louanjli@gmail.com - site internet : www.labomac.ma

ICE : 001654761000041 / PATENTE : 33202488 / IF : 41502000





**Labomac**  
Laboratoires  
Analyses Médicales - Biologie de la reproduction

Bactériologie Clinique  
Virologie Médicale  
Parasitologie Médicale  
Mycologie Médicale

Hématologie  
Immuno-Hématologie  
Biochimie Clinique (Enzymologie-Hormonologie)  
Biologie de la Reproduction Humaine

**Date du prélèvement** : 12-02-2020 à 08:45  
**Code patient** : 1907040076  
**Né(e) le** : 01-01-1949 (71 ans)

**Mme Fatima SABER**  
**Dossier N°** : 2002120067  
**Prescripteur** : Dr Siham IDRISSI  
**ABOULAHJOUL**

## BILAN THYROIDIEN

### TSH Ultra-sensible

(Technique ECLIA (Cobas Roche - Liaison XL - Mindray 2000CLI))

**Les valeurs de référence de la TSH ultra-sensible chez la femme enceinte sont comprises entre 0.4 et 4 mUI/l**

*En dehors d'un contexte clinique évocateur, certains médicaments (anti-dopaminergiques, neuroleptiques) peuvent induire des interférences de dosage biologique. A prendre en compte pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique*

1.26 mUI/L (0.25-5.00)

02-12-2019

0.56

### Thyroxine libre (T4L)

(Technique ECLIA (Cobas Roche - Liaison XL - Mindray 2000CLI))

9.3 pg/mL (9.3-17.0)

11.9 pmol/L (11.9-21.8)

Validé par : Dr Nouredine LOUANJLI

Page 2 / 3

Prélèvement à Domicile Tél. : 06 77 06 70 95

40, Rue Prince Moulay Abdellah - Casablanca C.P. 20.080

رب محج الأمير مولاي عبد الله - الدار البيضاء - ر ب

Tél. : 05 22 47 33 83 / 05 22 20 74 22 / 05 22 29 77 06 / 05 22 22 14 95 / 06 61 06 15 99 / 06 61 06 35 99 / Fax : 05 22 26 83 03

e.mail : labomac1@gmail.com / n.louanjli@gmail.com - site internet : www.labomac.ma

ICE : 001654761000041 / PATENTE : 33202488 / IF : 41502000



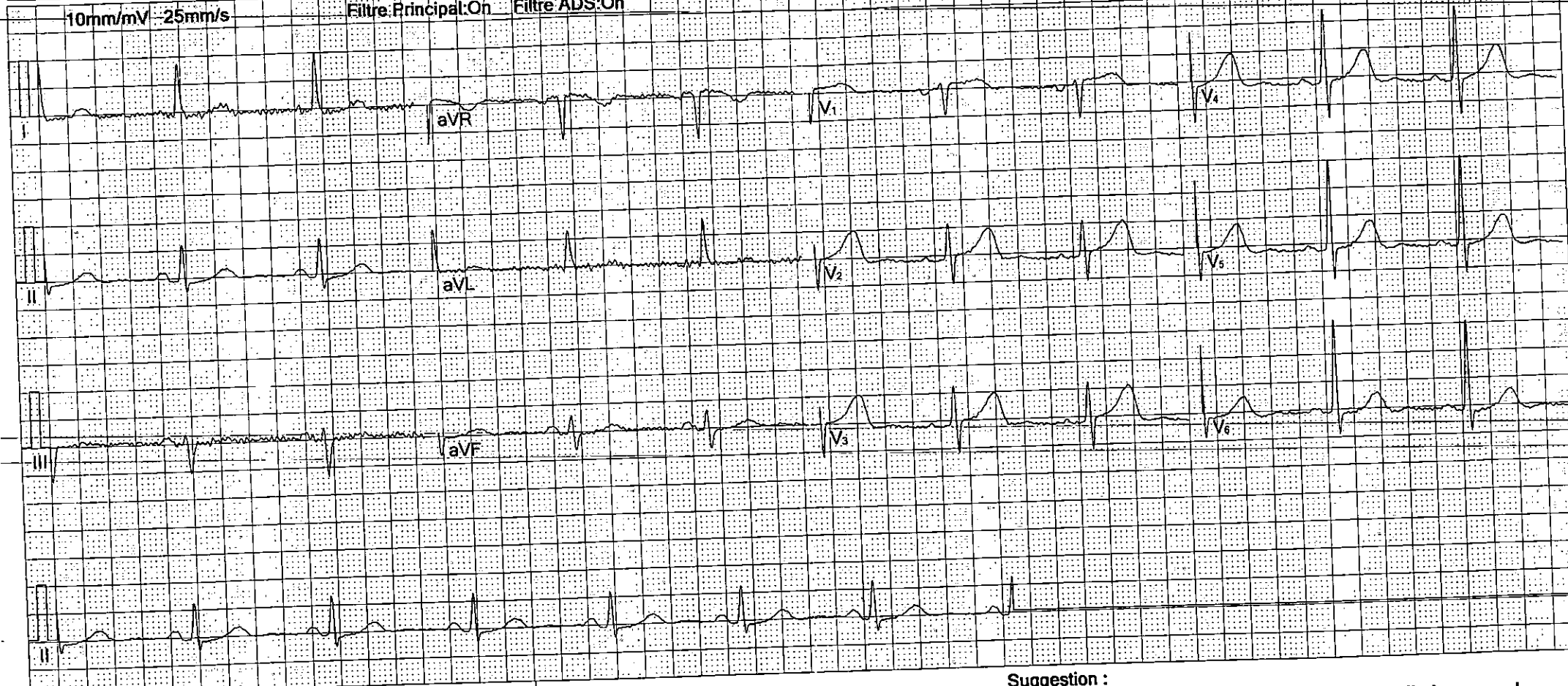
# ECG

Dr A. CHOULADI

NOM: SABER FATIMA ID : Genre : Age : DDN : 01-01-1960 Date Test : 03-02-2020 15:21  
Case #: Investigation #: Médecin Référent: Dr A. CHOULADI

10mm/mV 25mm/s

Filtre Principal: On Filtre ADS: On



Fréquence :	1000 Hz	Interval.QT :	435 ms
Durée ECG :	7 s	Interval.QTc :	438 ms
FC :	61 bpm	Axe P :	73.1°
Durée P :	125 ms	Axe QRS :	0.7°
Durée QRS :	87 ms	Axe T :	63.0°
Durée T :	318 ms	RV5/SV1:	1.60/0.53mV
Interval.PQ :	167 ms	RV5+SV1:	2.14mV

Suggestion :  
Total Batts 8, Batts Normaux 8,\*\*\* Sus décalage ST, repolarisation précoce probable, ECG limite normal,

Signature Médecin: