

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.

Biologie 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.

Éducation :

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

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° M20- 0008545

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2441 Société : RAM 57837

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Adouane EP Haman

Date de naissance : 5/4/1956

Adresse : 53 Rue Tignit Cas.

Tél. 06 22 62 8483 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Stamp]

Date de consultation : 29.01.2021

Nom et prénom du malade : Age:

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

Nature de la maladie : TTN

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) : [Signature]

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
29/01/2021	CONS + ECO		300 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29.01.2021	248,10 DH

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 canalaires, 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
				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'EXECUTION



Cardiologie Val d'Anfa

UR GENCES
24/24

05 22 36 09 09

PHARMACIE PORTE D'ANFA SARL AU
19, Bd. Franklin Roosevelt - Casablanca
Tél : 05 22 36 92 59 - RC : 447169
IF 407134689 - ICE : 002312695000015

Dr Najib GARTI

Cardiologue - Rythmologue

Pace Maker

Défibrillateurs

Cryoablation de la Fibrillation
auriculaire

Traitement des troubles du rythme
par Radiofréquence

Echocardiographie Doppler.Couleur

Epreuve d'effort

Holter tensionnel et rythmique

Diplômé de la faculté de médecine

de limoges (France)

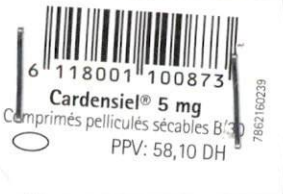
Sur Rendez - Vous

Gsm : 0661 24 30 06

Casablanca, le 20/12/2021

Mr (Mme)

ADRIANE EL HADJOU



58,10

- Cardensiel 5, 7 4 1

154,30

- SOTAP 10, 7 4 1

35,70

- Alprazolam 0,5, 7 4 1

248,10 DH



Dr. Najib GARTI

CARDIOLOGUE - RYTHMOLOGUE

19, Bd. Franklin Roosevelt, Anfa (Rez de chaussée Clinique Val D'anfa) - Casa

Patente N° 35615328 - IF 40713811 - INPE 091066621 - ICE 001584040000063

Tél : 05 22 36 09 09 - Tél / Fax : 05 22 36 08 88

E-mail : garti.naj@hotmail.fr - Site : www.cvarythmologie.com



Docteur Najib GARTI
CARDIOLOGUE
RYTHMOLOGUE

Membre actif de la société européenne
de Rythmologie

ELECTROCARDIOGRAMME

Nom : ADOUANE
Prénom : EL HASSAN
Date : 29/01/21
T.A : _____

19, Bd. Franklin Roosevelt, Anfa (Rez de chaussée Clinique Val D'anfa)
Casablanca - Tél : 05 22 36 09 09 - Tél / Fax : 05 22 36 08 88 / GSM : 0661 24 30 06
E-mail : garti.naj@hotmail.fr - Site : www.cvarythmologie.com

ID:290121239

29-Jan-2021 AM11:20:50

Nom : ADOUANE EL HASSAN

Sexe: M ans
 Symptômes :
 10 mm/mV 25 mm/s Filtre : H50 d 100 Hz

Médicament :

kg

/ mmHg

101 bpm

Antécédents :

10 mm/mV



2350K 03-04 04-05 Service :

Examen : Clinique Cardiologique VAL D ANFA

29-Jan-2021 AM11:20:50

ID:290121239

Nom : ADOUANE EL HASSAN

Sexe: M

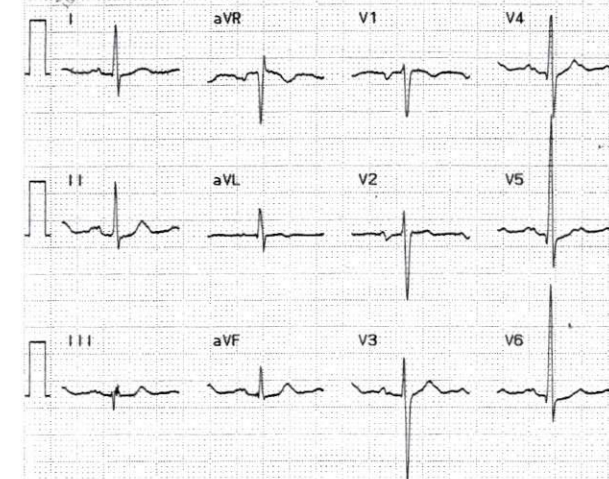
Date de naissance:

ans

cm	kg	/	mmHg	ans
fréq. ventr.	100	bpm		
Int. PR	166	ms		
Durée QRS	90	ms		
Int. QT/QTc(E)	318/ 375	ms		
Axe P/QRS/T	60/ 47/ 66	°		
Ampl RV5/SV1	2.22/ 0.82	mV		
Ampl RV5+SV1	3.04	mV		

Dr. Nabil GAFI
 Cardiologue
 23 Mr. Rabah
 23 Mr. Rabah
 23 Mr. Rabah

10 mm/mV 25 mm/s Moyenne



Rapport non confirmé

Revu par :

Examen : Clinique Cardiologique VAL D ANFA