

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **diologie 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.

## **tique :**

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.

## **ntaire :**

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## **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 - Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## **Déclaration de Maladie**

Nº M21- 0006084

Optique 59169  Autres

Maladie

Dentaire

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 790 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AMRANI My Aissa

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 68 45 04 88 Total des frais engagés : ..... Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Le : ..... / ..... / .....

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES RÉMBOURSEMENTS 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 790 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

25/01/2021

Nom et prénom du malade : AMRANI IDRASSI H. RAISIA

Lien de parenté :

Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

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) :

#### **RELEVE 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
25	C.S.		2500 H	
01	EC 140			
2021	Doppler		850 D.I.H	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/01/2011	317,00
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

ADHERENT

## **RELEVE 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.

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 Coeur et Vaisseaux  
Diplomé de la Faculté de Médecine de Paris  
Diplomé de Cardiologie Adulte et Pédiatrique  
Attaché des Hopitaux de Paris  
Diplôme d'Echographie-Doppler Coeur & Vaisseaux



الدكتور عبد الخالق شوладي  
طبيب القلب

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

الدورة الدموية وارتفاع الضغط الدموي

خريج كلية الطب بباريس

الكشف بالامواج ما فوق الصوتية و الصدى للقلب

Casablanca le .....

الدار البيضاء في ..... 2021-2021

100.00 + Aspirin 100mg 1 ي

27.70 + Androgel 1% 1 ي

150.00 + Nootropil 100mg 1 ي

69.30 + Nootropil 100mg 1 ي

347.40 + Nootropil 100mg 1 ي

+ la log 8 régul

LOT 19C06 3  
EXP 08/2023  
PPV 100.00 DH

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétysalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

6 118001 090280

ASPIRIN

6 118001 040148  
NATISPRAY 0,30mg  
Solution (18ml)  
BOTTU S.A PPV : 69DH 30

Pharmacie  
24, Bd. Hassan II  
Hay Ma Abdella  
Casablanca  
Tél.: 05 22 87 11 11  
Dr. Zineb BENI

Dr CHOULADI Abdelkhalek  
Cardiologue  
50, Rue Mostapha El Maâni  
Casablanca  
Tél. : 0522 44 49 49 / 0522 44 35 39

Sur Rendez - Vous . بالموعود

05 22 44 49 49 - 05 22 44 35 39 زنقة مصطفى المعانى ( مقابل متجر الرياض ) الدار البيضاء - الهاتف : 50  
50, rue Mostapha El Maâni ( en face centre riad ) - Casablanca - Tél : 05 22 44 35 39 - 05 22 44 49 49

# CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATION CARDIO-VASCULAIRES

**Dr.Abdelkhalek CHOULADI  
CARDIOLOGUE**

Spécialiste Maladies du Coeur et Vaisseaux  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris  
Diplômé de Cardiologie Adulte et Pédiatrique

Attaché des Hôpitaux de Paris

Diplôme d'Echographie-Doppler Coeur et vaisseaux

**Dr CHOULADI Abdelkhalek  
Cardiologue**

50, Rue Mostapha El Maâni  
Casablanca

Tél. : 05 22 44 49 49 - 05 22 44 35 39

Casablanca tél :



**الدكتور عبد الخالق شولادي  
طبيب القلب**

اختصاصي في امراض القلب و الشرايين

الدورة الدموية وارتفاع الضغط الدموي

خريج كلية الطب بباريس

الكشف بالامواج ما فوق الصوتية و الصدى للقلب

الدار البيضاء في ..... 01/02/2021

72,80

0

CORALAN 10

262,00



COOPER PHARMA

PPV: 72,80 DH

macie Boulimane  
2-4 Bd. Boulimane  
Hauz Mu Abdellah Ain Chok  
Casablanca  
tél. : 05 22 87 43 21  
Dr. Zineb BFM



MXGS0059

PPV: 262DH00

PPV: 147DH00  
PER: 06/22  
LOT: J1631

Pharmacie Boulimane  
2-4 Bd. Boulimane  
Hauz Mu Abdellah Ain Chok  
Casablanca  
tél. : 05 22 87 43 21  
Zineb BENNANI SMIRE

147,40

82,10

Dr. CHOULADI Abdelkhalek  
Cardiologue  
50, Rue Mostapha El Maâni  
Casablanca  
Tél. : 0522 44 49 49/0522 44 35 39



Dr. CHOULADI Abdelkhalek  
Cardiologue  
50, Rue Mostapha El Maâni  
Casablanca  
Tél. : 0522 44 49 49/0522 44 35 39

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair brou al aouam roches  
noires casablanca  
INEXIUM

20 mg Cpr GR

Boite 14

64015DMP/21NRC P.P.V: 82,10 DH

6 118001 020591

Sur Rendez - Vous . بالموعد

Total = 564,30

50 زنة مصطفى المعاني ( مقابل متجر الرياض ) الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 44 49 49 - 05 22 44 35 39

50, rue Mostapha El Maâni ( en face centre riad ) - Casablanca - Tél : 05 22 44 35 39 - 05 22 44 49 49

## CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIOVASCULAIRES

Casablanca, le 25/01/2021

MR AMRANI IDRISI MY AISSA

### ECHO-DOPPLER CARDIAQUE

#### ECHO :

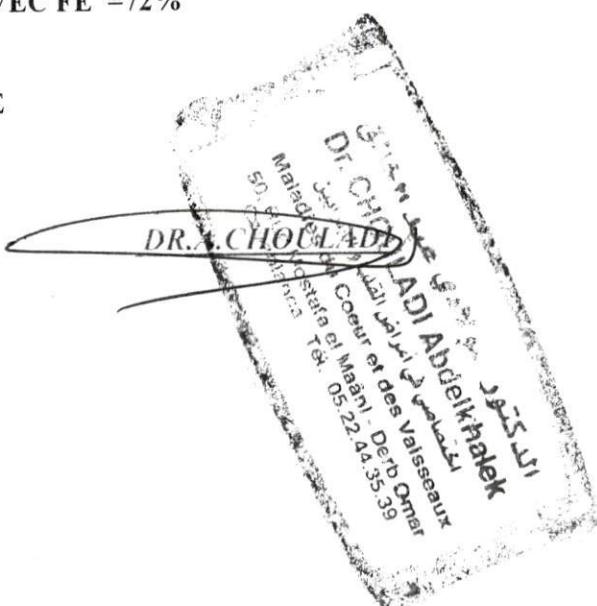
- Ventricule gauche de taille et de fonction normale
- Fonction systolique normale avec FE= 72%
- Valves mitrale : souples avec cinétaire normale pas de végétation
- Valves aortiques : sigmoïdes aortiques non épaissies avec ouverture normale
- Parois : Hypertrophie septale
- Cavités cardiaques droites non dilatées
- Péricarde : Pas d'épanchement péricardique

#### DOPPLER

- E/A <1
- Insuffisance mitrale minime
- Les autres flux sont normaux

#### CONCLUSION

- HVG AVEC HYPERTROPHIE SEPTALE
- FONCTION SYSTOLIQUE NORMALE AVEC FE =72%
- TROUBLE DE RELAXATION
- INSUFFISANCE MITRALE MINIME
- PAS D'EPANCHEMENT PERICARDIQUE



**CABINET DE CARDIOLOGIE ET EXPLORATIONS CARDIO VASCULAIRE**

**MR AMRANI IDRISI MY AISSA**

*Casablanca, le 25/01/2021*

***NOTE D'HONORAIRE***

**CONSULTATION.....250DH**

**ECHO CARDIAQUE .....850 DH**

**TOTAL .....1100DH**

Arrêtée la présente facture à la somme de :

**MILLE CENT DIRHAMS**

