

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR  
OBTENIR 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° M21- 0020830

Maladie       Dentaire       Optique **76633**       Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : **4726**      Société : **R.A.M**  
 Actif       Pensionné(e)       Autre :  
Nom & Prénom : **BENJARDIKIEN E. F. Ali Hinda**  
Date de naissance : **29/12/59**  
Adresse : **104 Rue Brahim Nakhou**  
Tél. : **0663722706**      Total des frais engagés : **3085,00** Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : **31 MAI 2021**  
Nom et prénom du malade : **Mme Filali Hinda**      Age : **61 ans**  
Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant  
Nature de la maladie : **Diabète Mellite**  
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 : **06/06/2021**  
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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
31 MAI 2021	C2 K16 (E.C.G.)		300 DH	
31 MAI 2021	Echog dopp les cardiaque		800 DH	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/06/2021	1985,20

### 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 canalaires, ainsi que le bilan

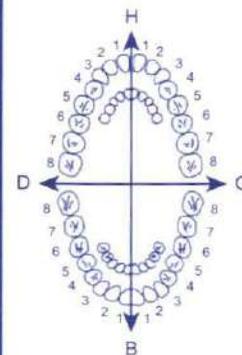
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
G	
B	

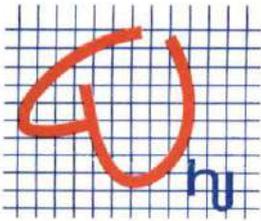
**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	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'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Résidence Star Youness , Rue Oumaima Sayeh, N°20, 2ème étage, Appt. N°6  
Boulevard Al Massira Al Khadra , Quartier Racine - Casablanca 20000

الطبيب: حسن جمعة  
أمراض القلب و الشرايين

31 MAI 2021

**Dr. Hassan JAMMI**  
CARDIOLOGUE

Diplômé de l'Université  
de Nice - Sophia Antipolis  
Ex. Assistant spécialiste  
des Hôpitaux de France

Dr. Fikri Hinde

PHARMACIE EL JAOUI  
Dr. JAOUI Bouchra  
Rue 22 N° 31 H. El Hana  
Casablanca  
Tél.: 0522 39 91 24

1113.13 \*

Corala (AS)

1 cr x 21;

27.30.15 \*

Cardio Aspir (AS)

1 cr Mid.

147.4 \*

Rozart (AS)

1 cr 2j

13.11.13

Levo Flex (AS)

1 cr Mid.

6.15.13

Levothrox (AS)

1 cr 1 cr

1985.30

0213

Docteur Hassan JAMMI  
CARDIOLOGUE  
20, Rue Oumaima Sayeh  
Bd. Al Massira Al Khadra  
Tél.: 0522 39 31 01 Fax: 0522 36 79 31  
INP-09 080218

GSM : 06 61 14 94 22  
Tél : 05 22 39 31 01  
Fax : 05 22 36 79 35

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



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



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



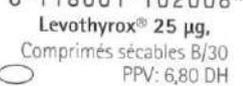
Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



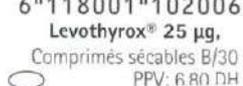
Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



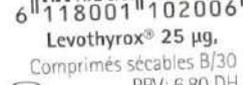
6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH



6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

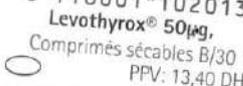


6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

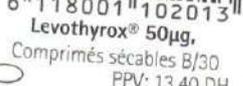


6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

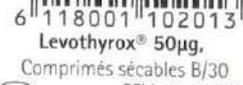
6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH



6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

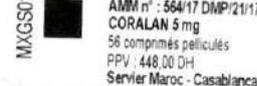


6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH



6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

6 118001 130047  
AMM n° : 564/17 DMP/21/17  
CORALAN 5 mg  
56 comprimés pelliculés  
PPV : 448,00 DH  
Servier Maroc - Casablanca



6 118001 130047  
AMM n° : 564/17 DMP/21/17  
CORALAN 5 mg  
56 comprimés pelliculés  
PPV : 448,00 DH  
Servier Maroc - Casablanca



6 118001 130047  
AMM n° : 564/17 DMP/21/17  
CORALAN 5 mg  
Boîte de 56 comprimés



PPV : 448DH00

PPV: 147DH40  
PER: 03/23  
LOT: K732-1

PPV: 147DH40  
PER: 03/23  
LOT: K732-1

PPV: 147DH40  
PER: 03/23  
LOT: K732-1

# ROZAT®

Rosuvastatine

10 mg

28  
Comprimés  
pelliculés  
Voie orale

b BZ, AN  
S. I

b bottu, r/n  
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebda - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

Casablanca le 31 MAI 2021

## NOTE D'HONORAIRES

NOM : M<sup>e</sup> FILALI  
PRENOM : Hinda  
ORGANISME : MUPRAS

CONSULTATION + ELECTROCARDIOGRAMME : 300,00  
ECHO DOPPLER CARDIAQUE : 800,00  
ECHO DOPPLER ARTERIEL DES MI :  
ECHO DOPPLER DES VAISSEAUX DU COU :  
ECHO DOPPLER DES ARTERES RENALES :  
ECHO DOPPLER VEINEUX MI :  
EPREUVE D'EFFORT :  
HOLTER RYTHMIQUE DE 24 H :  
HOLTER TENSIONNEL DES 24 H :  
AUTRE ..... :  
TOTAL : 1100,00

Soit : Mille cent dix heures

PATENTE N° : 35719032

IF : 40301337

ICE : 001698148000061

Dr H JAMMI

Docteur Hassan JAMMI  
CARDIOLOGIE  
20, Rue Oumaima SAYAH  
Bd. Al Massira Al Khadra, Casa  
Tél.: 0522 39 31 01 - Fax: 0522 36 79 35  
GSM: 06 61 14 94 22

CABINET DE CARDIOLOGIE  
Dr H. JAMMI

Fonct Card Exam.

Infos Patient

ID : x210531-135335  
Nom : FILALI HINDA  
Sex : Femme

31-05-2021

Infos Site

Descript d'Examen:  
Médecin Traitant :  
Médecin P. :  
Utilisateur :

<OG/Ao(B)>

Diam OG

Diam Ao

Diastole

Systole

DOGs/DAOd

SVA

1.81cm<sup>2</sup>

<Function VG mode M>

VTD Pomo  
VTS 72ml  
VE 16ml  
DC 56ml  
FE 77.7%  
FR 39.4%

Teichholz  
77ml  
23ml  
54ml

70.3%

DIVG

SIV

PPVG

Diastole

41.7mm

11.2mm

7.6mm

Systole

25.3mm

14.3mm

13.8mm

<Dop Mitral>

Pic E

Pic A

VPdurA

Tdec

3.9cm/s

57.8cm/s

282ms

durA

SVM

E/A

GPm

VPdurA-durA

0.07

<Dop Rétrécissement Mitral>

V Pic

P1/2T

120ms

Vmo

GPPic

SVM(P1/2T)

SVM(VT1)

1.84cm<sup>2</sup>

GPm

<Calculs Util>

Ao/OG

OG/Ao

Ao.d1

DVA.d1

: 1.243

: 28.9mm

: 15.9mm

OG.d1

:

35.9mm



FILALI HINDA

Date Examen: 31/05/2021 11:49:47

Dr. Jammi Hassan, CardioPoint

1285

22-X

HR	72/min	P	104ms	Axe P	31°
RR	833ms	PQ	142ms	Axe QRS	21°
		QRS	86ms	Axe T	45°
TA		QT	384ms	QTc(B)	416ms



