

# 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.

## 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.

## ique :

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 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° P19-0026146

82951

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0009207 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ARCHIE CHANA IVWE LAHINI ABDELILAH

Date de naissance : 59-06-07

Adresse : Mogela rue 27 N°48 Casablanca HAY HASANI

Tél. : 06 77 69 69 55 Total des frais engagés : # 1850,40 # Dhs

### Cadre réservé au Médecin DR. ANAS SAIDI

Cachet du médecin :

Cardiologue  
Farah Salam Hamm 91 Etage 8  
GH 39 El Fakhri Casablanca  
Tél: 0522 86 80 07

Date de consultation : 26/08/2021

Nom et prénom du malade : CHAMA ARCHIE Age: 62ans

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

Nature de la maladie : HITA

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 26/08/2021

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
26/08/2011	C.S		900M	Dr. ANAS SADI Cardiologue Farah Salam, Immeuble 91 Etage 8 GH 39 - El Quila Casablanca Tél : 0522 89 80 07
	ET		INPE : 091249789	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie POLYCLINIQUE Dr. TIR Abdelaziz 58, Route My Thami Hay Hassan Tél: 0522 90 21 67 Casa	12/08/2011	350,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

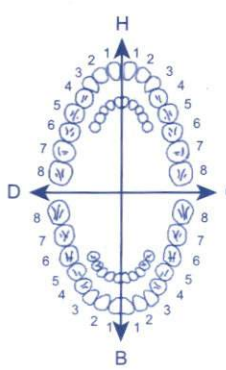
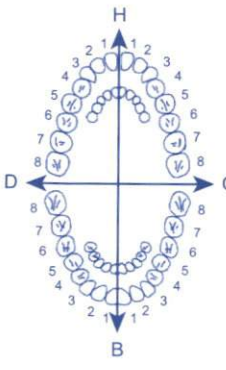
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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

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 colspan="2">H</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 colspan="2">B</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																
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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. ANAS SAIDI**

Spécialiste en Cardiologie  
et maladies vasculaires



**الدكتور أنس سعيدي**

إختصاصي في أمراض القلب  
والشرايين

Hypertension Artérielle

Electrocardiogramme

Echocardiographie Doppler Transthoracique

Holters Rythmique et Tensionnel

ارتفاع الضغط الدموي

تخطيط القلب

فحص القلب بالصدى

تسجيل دقات القلب وقياس الضغط الدموي

Le: 26.08.2021.

Ordonnance

CHAMA AR CIE

175,20 x 2



VARTEN 160

350,40

16015

LOT 210904  
EXP 04 2024  
PPV 175.20 DH

175,20  
175.20

PHARMACIE POLYCLINIQUE

Dr. TIB Abdelaziz

58, Route Mly Thami Hay Hassani

Tel: 0522 90 21 67 Casa

W3meis

Dr. ANAS SAIDI

Cardiologue

Farah Salam, Imm 91 Etage 1 Porte 8  
GH 39 - El Oulfa Casablanca  
Tél : 0522 89 80 07



فرح السلام عمارة 91 الطابق الأول رقم 8 تجزئة 39 الألفية الدار البيضاء

Farah Salam, Imm 91 Etage 1 Porte 8, GH 39 - El Oulfa Casablanca

0522 89 80 07 - URGENCE: 06 58 81 44 34 drsaidianas22@gmail.com





Le 26.08.2024.

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien	
Je soussigné:	<b>Dr. ANAS SAIDI</b> Cardiologue <small>Fach' Salem, Im. n° 91 - Etage 1 - Porte 8 GH 39 - El Oulfa Casablanca Tél : 0522 89 80 07</small>
Certifie que Mlle, Mme, M :	<b>CHAMA ARCHIE</b>
Présente	<b>HTA D</b>
Nécessitant un traitement d'une durée de:	<b>3 mois</b>
	<b>VARTERA 160 - 1-10/17</b>
Dont ci-joint l'ordonnance:	
(A défaut noter le traitement prescrit).....	

(✓) : Valable 3 mois

**Dr. ANAS SAIDI**  
Cardiologue  
Fach' Salem, Im. n° 91 - Etage 1 - Porte 8  
GH 39 - El Oulfa Casablanca  
Tél : 0522 89 80 07



Nom Prénom : CHAMA ARCHE

Le : 26-08-2021

## Compte rendu d'échocardiographie

Ventricule gauche non dilate (DTD=49mm), non hypertrophié (PS=9mm ; PP=10), de bonne fonction systolique globale et segmentaire FEVG=65% en SB)

Oreillette gauche non dilate (diamètre antéro-postérieur =39mm ; surface=15cm<sup>2</sup>)

Aorte non dilate (aorte initiale=25mm ; aorte ascendante=32mm)

Ventricule droit non dilate (diamètre en apical 4 cavités=28mm) de bonne fonction systolique (TAPSE=26mm ; pic de l'onde S en DTI a l'anneau tricuspide =12cm/s)

Oreillette droit non dilate (surface=10cm<sup>2</sup>)

Valve mitrale fine absence d'insuffisance mitral .Flux antérograde (E=0.63m/s ; A=0.52m/s ; TDA=259ms ; E'=0.14m/s)PRVG normale

Valve aortique fine. Flux antérograde=1.4m/s

Valve pulmonaire fine. Flux antérograde=1ms

Valve tricuspide fine. Absence d'insuffisance tricuspide

Veine cave inferieure fine complainte

Péricarde sec

  
Dr. ANAS SAIDI  
Cardiologue

Farah Salam. Im 91 Etage 1 Porte 8  
GH 39 - El Oulfa Casablanca  
Tél : 0522 89 80 07