

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

Nº M21- 065168

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : <u>08313</u>	Société : <u>DOOR 989</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>SÉRIR KAMAL</u>		
Date de naissance : <u>15/05/1967</u>		
Adresse : <u>11 RUE ISHAK IBNOL HAWAINEAPT J-7 2^e étage Bd YACOUB EL MAAD SOLIR CASABLANCA QU BURGER</u>		
Tél. : <u>0662801131</u>	Total des frais engagés :	Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Dr. Hind EL FAI ALI ABDELLAH
Cardiologue Interventionnelle
Cardiologue Interventionnelle
120, Bd. My Idriss 1er - Résidence My Idriss
2^e Etage - N° 4 CASABLANCA
Tél: 0522 81 74 - Fax: 0522 88 20 70
ICEX : 625537000000

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/01/2022

Nom et prénom du malade : SERIR Kamal

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Hypertension Artérielle

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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

Age:

Enfant

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
07.01.22	CS		300	Dr. Hind El FILALI ADID Cardiologue Interventionnelle Tél: 0522 86 20 74 - Fax: 0522 86 20 78 Montant de la Facture : 632,25
	HOLTER TENNINNE		1000,50	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie MA PERLA Dr. Maryem RYACHI Ep ZOUINE Parties de Nouaceur Imm 14 N°1 Tél: 05 22 53 79 68 INPE : 092089902	07.01.2022	632,25

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

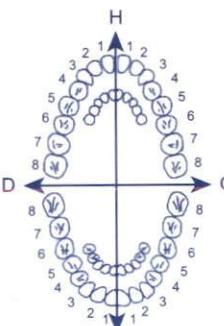
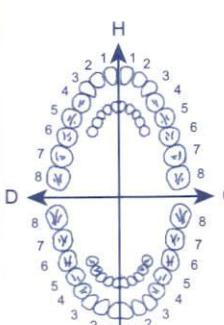
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, 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
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	
	D			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr Hind EL FILALI ADIB

Cardiologue

Cardiologue Interventionnelle

Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux

Epreuve d'effort-Echographie cardiaque
Réadaptation cardiaque

M. SERIR KAMAL

الدكتورة هند الفيلالي أديب

أخصائية في أمراض القلب والشرايين

أخصائية في قسطرة أمراض القلب والشرايين

خريجة كلية الطب بيوردو

فحص القلب بالصدى - اختبار الجهد

إعادة التأهيل القلبي

le : 07/01/2022

Ordonnance

149,80 DIPREZAR FORT 100/25mg 1CP/J LE MATIN

X2 TENORMINE 100mg 1/2CP/J LE MATIN

X2 CALCINIB 5mg 1CP/J LE SOIR

49,40 ZYLORIC 200mg 1GEL/J LE SOIR

X2 CARDIOASPIRINE 100mg 1CP/J LE MIDI

31,30

X2 27,17

REGIME PEU SALE

X2 QSP 3 MOIS

639,22

Dr. Hind EL FILALI ADIB
Cardiologue
Cardiologue Interventionnelle
120, Bd. My Idriss 1er- Résidence My Idriss
Zéma Eltage - N°4 CASABLANCA
Tél: 0522 86 20 74 Fax: 0522 86 20 77
ICE : 00162553700091

Docteur Hi.

Mashar
Bd Alkima N° 6, QL.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Tenormine 100mg cp pell
p28 P.P.V : 58,70 DH
P.P.V : 58,70 DH

Mashar
Bd Alkima N° 6, QL.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Tenormine 100mg cl
p28 P.P.V : 58,70 DH

5 118000 011590

5 118000 NORMINE 100 mg

PHARMACIE Dr. Meryem
Perles de T.

PHARMACIE SECABLES

PPV 1490H70
PER 03/24
LOT K661

NORMINE® 100 mg

PPV 1490H70
PER 03/24
LOT K661

LOT 210518
EXP 03 2025
PPV 31.30
31,30

LOT 211106
EXP 04 2025
PPV 31.30

TE LOT:087
PER:FEV 2024
PPV:49 DH 40

STITUTE LOT:090
PER:JUN 2024
PPV:49 DH 40

Dr Hind EL FILALI ADIB

Cardiologue

Cardiologue Interventionnelle

Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux

Epreuve d'effort-Echographie cardiaque

Réadaptation cardiaque

الدكتورة هند الفيلالي أديب

أخصائية في أمراض القلب والشرايين

أخصائية في قسطرة أمراض القلب والشرايين

خريجة كلية الطب ببوردو

فحص القلب بالصدى - اختبار الجهد

إعادة التأهيل القلبي

M^r Serir Kameul.

Le 07/01/2022

Holter Tenuance.

Dr. Hind EL FILALI ADIB
 Cardiologue
 Cardiologue Interventionnelle
 120, Bd. My Idriss 1er- Résidence My Idriss
 2ème Etage N° 4 CASABLANCA
 Tél: 0522 8620 74 - Fax: 0522 86 20 76
ICE : 001625537000091

Dr Hind EL FILALI ADIB

Cardiologue

Cardiologue Interventionnelle

Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux

Epreuve d'effort-Echographie cardiaque

Réadaptation cardiaque

الدكتورة هند الفيلالي أديب

أخصائية في أمراض القلب والشرايين

أخصائية في قسطرة أمراض القلب والشرايين

خريجة كلية الطب ببوردو

فحص القلب بالصدى - اختبار الجهد

إعادة التأهيل القلبي

le : 07/01/2022

Date : 07/01/2022

à : M. SERIR KAMAL

Acte :

CONSULTATION+ECG: 300.00 MAD

HOLTER TENSIONNEL: 1000.00 MAD

Montant :

MILLE TROIS CENTS DIRHAMS

Docteur Hind EL FILALI

Dr. Hind EL FILALI ADIB
Cardiologue
Cardiologue Interventionnelle
 120, Bd. My Idriss 1er. Résidence My Idriss
 2ème Etage - N° 4 CASABLANCA
 Tél: 0522 86 20 74 - Fax: 0522 86 20 78
 M.T. : 001825537000091

Rapport de pression artérielle ambulatoire

Dr Hind EL FILALI ADIB

Nom du patient : SERIR KAMAL

Date de test : 07/01/2022

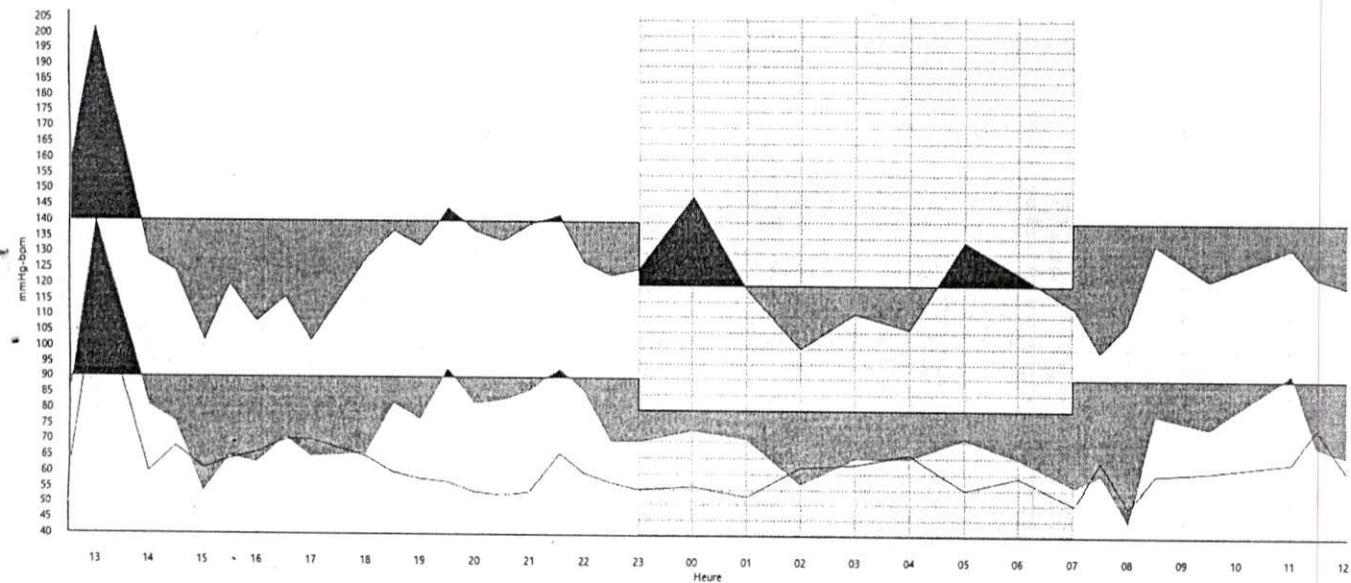
Identité du patient : SEKA

Date de naissance :

Sexe :

Synthèse d'interprétation

*Tension artérielle enjambée sur les 24 heures.
sous traitement*



Résultats PA brachiale

Période	Heure	Échantillon ns	SYS moyenne mmHg (+/- Dév. Std.)	DIA moyenne mmHg (+/- Dév. Std.)	FC moyenne BPM (+/- Dév. Std.)	Charge de PA Sys (%)	Charge de PA Dia (%)
Globale	12:32-12:02 (23:30)	35	126 (+/-19,5)	74 (+/-16,2)	62 (+/-11,3)	23	11
Période d'éveil	07:00-23:00	27	128 (+/-20,5)	76 (+/-17,8)	63 (+/-12,5)	15	15
Période de sommeil	23:00-07:00	8	121 (+/-15,6)	67 (+/-5,4)	59 (+/-4,6)	50	0
Période de « blouse blanche »	12:32-13:31 (1st Hr.)	2				100	50
Max			202	140	118		
Moyenne			181	114	91		
Dim. pdt sommeil :	SYS = 5,6% DIA =11,9%						

Médecin traitant

Dr.

Signature

Date

*Hind EL FILALI ADIB
Médecin cardiologue interventionnelle
20, boulevard Hassan 1er Résidence CASABLANCA
Tél: 0322 88 20 73 - Fax: 0322 88 20 78
ICE: 001228070001*

Signature

Date

SERIR ,KAMAL

ID:

DDN:

Homme ,Inconnu

Méd.:

Site:

Médecin traitant:

Notes:

07/01/2022 12:07:44

FC: 64 BPM
Int PR: 206 ms
Durée QRS: 112 ms
QT/QTc: 395/404 ms
Axes P-R-T: 32 7 59
RR Moy: 931 ms
QTcB: 409 ms
QTcF: 404 ms

RAPPORT NON CONFIRM

Revu par:

Dr. Hind EL FILALI ADIB
Cardiologue Interventionnelle
120, Bd. My Idriss 1er Résidence My Idriss Signé par:
2ème Etape - N° 4 CASABLANCA Date:
Tél: 0522 86 20 74 - Fax: 0522 86 20 76
ICE : 00102553700001

