

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.

Educations :

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.

Maladie chronique :

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

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- 069998

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2545 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JALIL MOHAMED

Date de naissance : 01-01-1953

Adresse : 97 RUE SOCRATE MAARIF CASABLANCA

Tél. : 0670 566416 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR SADER CHAFIK
CABINET DE CARDIOLOGIE
Et d'Explorations Cardio-vasculaires
Km 11 Boulevard Mohammed VI
Grande Résidence - Apt. 12
Tél. 05 37 37 71 00

Date de consultation : 26/01/2022

Nom et prénom du malade : JAMAL FATHI EP JALIL Age : 68

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

Nature de la maladie : HTA

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) :

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
26/01/2022	Critère		200,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/01/22	200,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

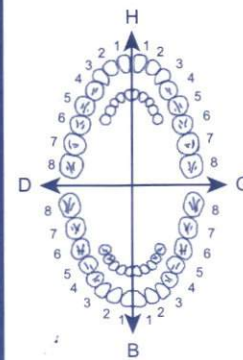
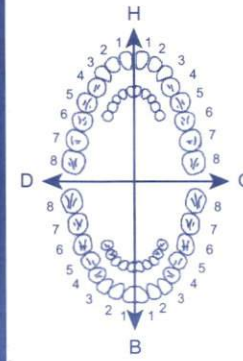
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, 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 <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX
H		H																							
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D		G																							
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
B																									
	(Création, remont, adjonction) 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 SADER CHAFIK
CARDIOLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine Paris
Ancien Praticien des Hôpitaux de Paris
Ancien Cardiologue à l'Hôpital Militaire
Avicenne de Marrakech



الدكتور صادر شفيق

إختصاصي في أمراض القلب والأشرايين
خريج جامعة باريس بفرنسا
طبيب ملحق سابقا بمستشفيات باريس
إختصاصي سابقا بالمستشفى العسكري
أين سينابرا أكش

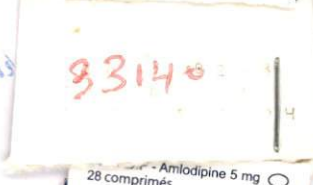
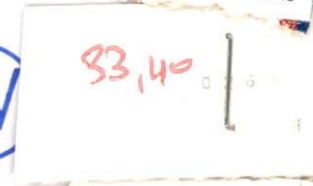
القنيطرة، في 26/04 2022
Kénitra, le

M JAMAI Ezzou EP JAUL

33,40 X 3 OLMADIP 5 mg SV

100/60
DR SADER CHAFIK
CABINET D'EXPLORATION CARDIOLOGIQUE
Et d'Exploration Cardiaque
Kénitra - Grande Résidence
Tél : 05 37 35 57 00

صيدلية مسجد الرحمة
PHARMACIE MASJID ARRAHMA
Oued Oujjh Bloc H. N° 135
☎ 05 37 35 57 00



Docteur Latifa DADI

RHUMATOLOGUE

الدكتورة لطيفة دادى

اختصاصية في أمراض العظام والمفاصل

Le 26-1-2022

Cher confrère,

J'ai eu Mme FATIMA
en consultation pour une bursite
et de l'arthralgie et l'examen
a mis en évidence une arthrose
de niveau C5/C6 au niveau du coude,
vaiss et une TA à 15/10
(A 2 reprises). Je vous la confie.
Bonne nuit

Dr. DADI Latifa
RHUMATOLOGUE
INP: 051043412
161, Bd. Med V., App. N°2B - Kénitra
Tél.: 05 37 37 90 31

NB. Bien à l'attention de votre confrère.

Docteur Chafik SADER

Cabinet de cardiologie et d'explorations cardio-vasculaires
Avenue Mohamed V Grande Résidence
Appt. n°12 Kénitra
Tél : 05 37 37 75 70

Kénitra, le 26/01/2022

Rapport Médical

Bilan cardiovasculaire pratiqué sur **madame JAMAI Fatima Ep. JALIL** âgée de 58 ans.

ATCD MEDICAUX :

- Arthrose

ATCD CHIRURGICAUX :

- Cholécystectomie

FACTEURS DE RISQUE :

- Surcharge pondérale++++

ATCD FAMILIAUX :

- HTA

SYMPTOME(S):

Oeil rouge et céphalées

EXAMEN :

BDC réguliers sans souffle ni frottement, poumons libres et pouls distaux bien perçus.

Pouls : 72/mn TA : 150/100 T° : 37 Poids : 108kg Taille : 175 cm IMC : 35,3 Tabac : Non Alcool : Non Café : Non

Electrocardiogramme :

- RS à 72/min
- Axe QRS à +15°
- PR à 160 msec, QT à 360 msec
- Repolarisation normale.

AU TOTAL : HTA à traiter

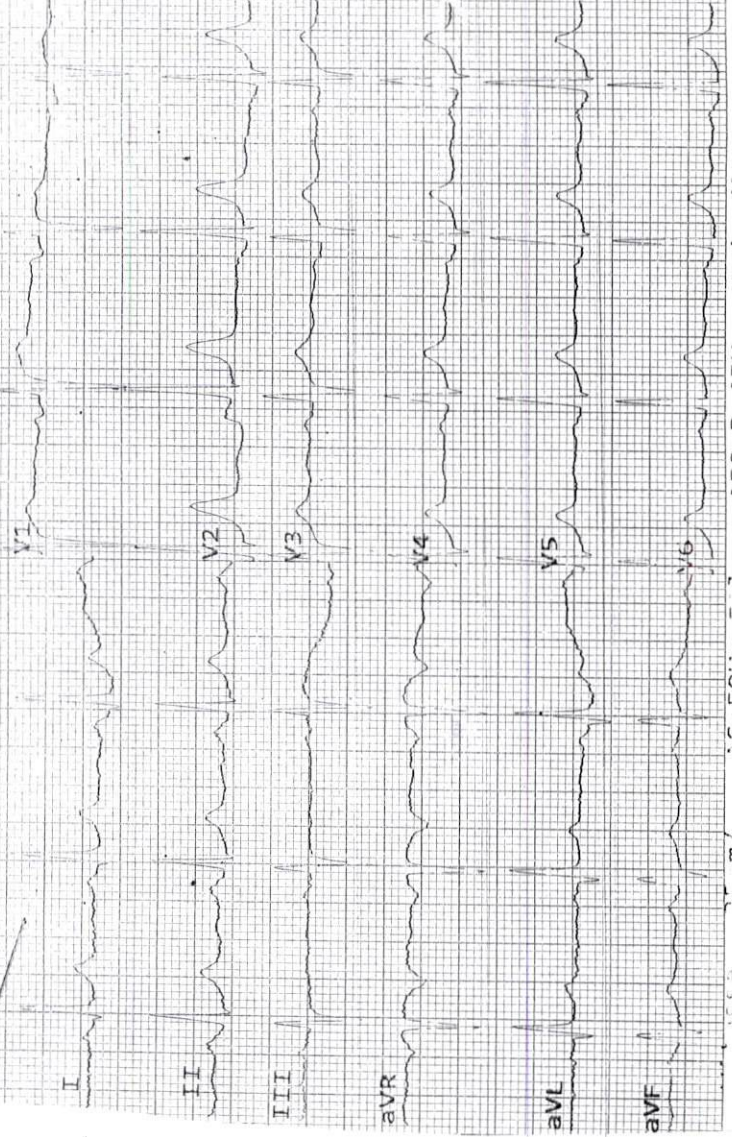
DR SADER CHAFIK
CABINET DE CARDIOLOGIE
Et d'Explorations Cardio-vasculaires
Kénitra 1 Boulevard Mohamed V
Grande Résidence
Tél : 05 37 37 75 70
Appt. 12

31/01/2022

TA = 140/90
DR SADER CHAFIK
CABINET DE CARDIOLOGIE
Et d'Explorations Cardio-vasculaires
Kénitra 1 Boulevard Mohamed V
Grande Résidence
Tél : 05 37 37 75 70
Appt. 12

mV/mV

10mm/mV



2022- 1-26 13:53 ID:000000585

Sexe: Age: Nom: 72 ppm
Fréq. Ventricul. 176 ms
Intervalle PR 88 ms
Duration QRS 349 / 382 ms
Intervalle QT/QTc 12 / 30 °
Axe P/QRS/T 1.23 / 1.09 mV
Tension RV5+SV1 2.32 mV
Tension RV5+SV1
Rapport non confirmé revu par : - - -

**** Analyse le résultat ****

81220 Tachycardie auriculaire
3131 Dilatation de l'oreillette gauche possible
103 ** ECG du rythme anormal**

IC 50Hz 2.50 D 45Hz Mode d'Impo-Temps 1/2000