

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.

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 canaux, 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 canaux.

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.



Declaration de Maladie

N° W21-636758

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **7703**

Matricule : **7703** Société : **R.A.M. Retraite**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **CHIRAI BI SAAD**

Date de naissance : **22/11/1949**

Adresse : **Residence OCEAN PALM DAR BOUAZZA CASABLANCA**

Tél. : **0661 102484** Total des frais engagés : **B. 772,10**

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin : **Cabinet de Cardiologie et des Maladies Vasculaires Dr. RIM FAGOURI**
4, Rue Oued Fes Abdel - Robot
Tél (+212) 06 06 54 73 28 - (+212) 06 61 31 39 32
INPE : 101244234 - IF : 42706415

Date de consultation : **9/2/22**

Nom et prénom du malade : **BOULAHANE SAIDA** Age : **62**

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

Nature de la maladie : **HTA + palpitations**

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **CASA BLANCA** Le : **24/1/22**

Signature de l'adhérent(e) : **1/13**

MUPRAS ACCUEIL

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
09 FEV 2022		488	200,00	INP : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> de Cardiologie et des Maladies Vasculaires M. FAGOURG 28 - (0212) 06 81 31 30 32 24 - 10 - 42700016

68

2012

[illegible]

INF : []

Cabinet de Cardiologie
des Maladies Vasculaires
Dr. RIM FAGOURI
1, Rue Oued El Aoud, Rabat
Tél : (+212) 06 81 31 21
Fax : (+212) 06 81 31 21
Mise : 10124224 - IF : 42700416

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Nom et du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la facture
PHARMACIE OCEAN PALM 1471 RT N. JAWA Docteur en Pharmacie Ocean Palm 62311m 14 Route D'Azemmar 212 5 20 62 31 63	09/02/22	472,10

Lot 19 Route D'azemmor - Dar Bouazza
+212 5 20 62 31 63 - INPE: 0921056

09/02/22

472, 10

[illegible]

Date	Designation des Coefficients
18/03/2015	BS ET AS
19/03/2015	AS

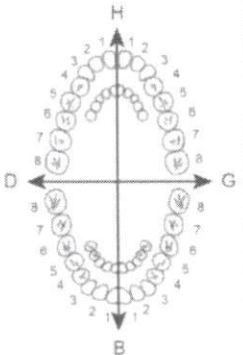
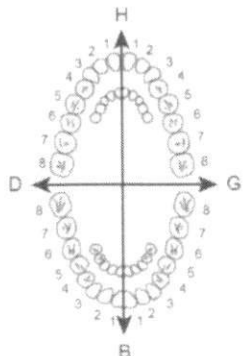
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d




SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"></table>										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1" style="display: inline-table; width: 80px; height: 40px;"></table>										
				MONTANTS DES SOINS <table border="1" style="display: inline-table; width: 80px; height: 40px;"></table>										
				DEBUT D'EXECUTION <table border="1" style="display: inline-table; width: 80px; height: 40px;"></table>										
				FIN D'EXECUTION <table border="1" style="display: inline-table; width: 80px; height: 40px;"></table>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin: auto; text-align: center;"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1" style="display: inline-table; width: 80px; height: 40px;"></table>
H														
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession													
				DATE DU DEVIS <table border="1" style="display: inline-table; width: 80px; height: 40px;"></table>										
				DATE DE L'EXECUTION <table border="1" style="display: inline-table; width: 80px; height: 40px;"></table>										

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d

INP :

--	--	--	--	--	--	--	--

Figure 1 is a line graph showing the percentage of total energy expenditure (TEE) for different activities over a 24-hour period. The Y-axis is 'Percentage of TEE' (0-100) and the X-axis is 'Time of day' (0-24). The legend indicates: Sleeping (solid line), Sedentary (dashed line), Light (dotted line), Moderate (dash-dot line), and Vigorous (long-dashed line). Sleeping is highest at night (~30-40%), while Vigorous activity peaks in the afternoon (~10-15%).



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT



Dr. RIM FAGOURI

Spécialiste des Maladies
Cardio-Vasculaires
Ancienne Interne du CHU de Rabat
Diplômée de :
- L'Université de bordeaux
- L'Université de Pierre et Marie Curie, Sorbonne

- Électrocardiogramme
- Holter Tensionnel et Rythmique
- Echocardiographie Trans-thoracique
- Echocardiographie Trans-Oesophagienne
- Doppler Vasculaire
- Pressothérapie

09 FEB 2024
Cabinet de Cardiologie et
des Maladies Vasculaires
Dr. RIM FAGOURI
4, Rue Oued Fés Agdal - Rabat
Tél: (+212) 08 08 54 73 28 - (+212) 06 61 31 39 32
INPE: 101244234 - IF: 42706415

142,70

Boulaamara

Saïda

PHARMACIE OCEAN PALM
HARIT
Lot Ocean Palm GH3 Imm 14 MAG n°1
Km 19 Route D'azemmour par Bouazza
Tél: +212 5 20 62 31 63 - INPE: 092103613

142,70 x 2
1



Cover syl 300

46,70
2

Zylonic 200



T: 472,10

HT
03
ms

Cabinet de Cardiologie et
des Maladies Vasculaires
Dr. RIM FAGOURI
4, Rue Oued Fés Agdal - Rabat
Tél: (+212) 08 08 54 73 28 - (+212) 06 61 31 39 32
INPE: 101244234 - IF: 42706415

Colchicine

LOT 210523
EXP 02 2025
PPV 46.70 DH

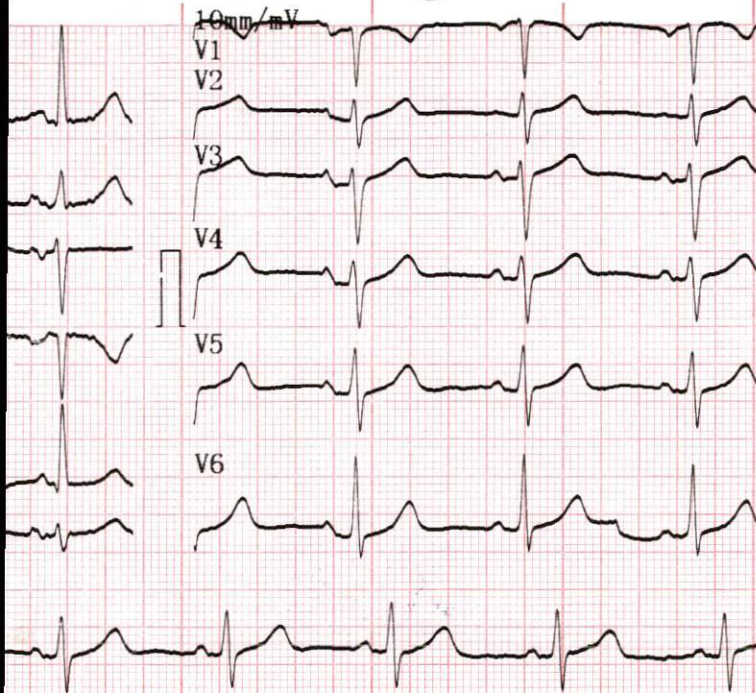
LOT: 211147
PER: 04-2024
PPV: 140,00DH

140,00

oleo 200



HT
03
ms



25mm/s

2022-02-09 18:41

ID: Mme Boulakmane Saida

Nom: Mme Boulakmane Saida

Sexe:

Age:

Taille:

cm Poids:

kg

SYS/DIA:

mmHg

FC

[bpm] :68

Intervalle PR

[ms] :145

Durée P

[ms] :116

Durée QRS

[ms] :79

Durée T

[ms] :196

QT/QTc

[ms] :393/419

Axe P/QRS/T

[deg] :26.0/-2.4/36.6

R(V5)/S(V1)

[mV] :0.56/0.73

R(V5)+S(V1)

[mV] :1.29

<<Conclusions>>

Ryth. sinusoïdal norm.;

Dévia. ax. gche modérée;

****Le rapport doit être confirmé par un médecin****

IA = 100/90

09 FEB 2022
Cabinet de Cardiologie et
des Maladies Vasculaires
Dr. Rifaï FAGOURI
4, Rue Oued des Agdal - Rabat
Tél: (+212) 06 54 73 28 / 06 61 31 39 32
INPE: 101244234 - Fax: 42706415

Médecin