

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.

Education :

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.

Prothèse :

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.

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- 0060786

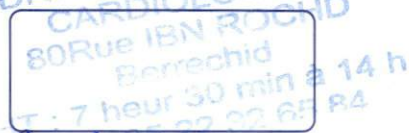
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 000 1252 Société : 107342
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : JAFIR M'HAMED
Date de naissance : 01/10/1948
Adresse : 19 RUE KACEM AMINE HAY EL WAHDA BERRECHID
Tél : 0699450464 Total des frais engagés : 1565,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/12/2021
Nom et prénom du malade : JAFIR M'HAMED Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Coronaropathie
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) :

Autorisation CNDP N° : AA-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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 14/12/2019 | CS4ELG | 750/100 | H | |
| | ECHOCARDIOGRAPHIE | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| | 15/12/19 | 14112129 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

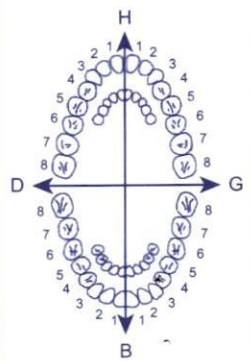
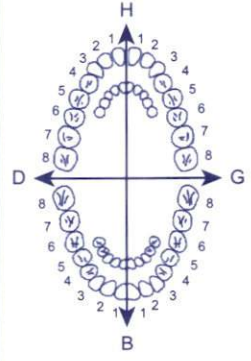
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| |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

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 canalaires, 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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|  | | | | 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'EXE



الدكتور حسن الأيوبي
Docteur AYOUBI HASSAN

أخصائي في أمراض القلب و الشرايين وارتفاع الضغط

والدورة الدموية - الفحص بالصدى والمولتيير

Spécialiste des Maladies Cardio - Vasculaires

Echodoppler Cardio - Vasculaire - Holter

14/12/2022

Tajir d'Harmed

159,50

159,50

159,50

3x159,50

Ripretensio 10 (N°4)

2x1/2 x 3mm
6x44,50

conduite 6 (N°2)

1/2 x 3mm
2x35,70

Kardegic 160mg (N°4)

2 sacs x 3mm

stabilisé 30
1/2 x 3mm (N°4)

Sur Rendez-vous

HORAIRE : 8h00 - 14h00

VENDREDI : 8h00 - 12h00

Pharmacie NASROLLAH

Lot Nasrollah 8025 - Berrechid

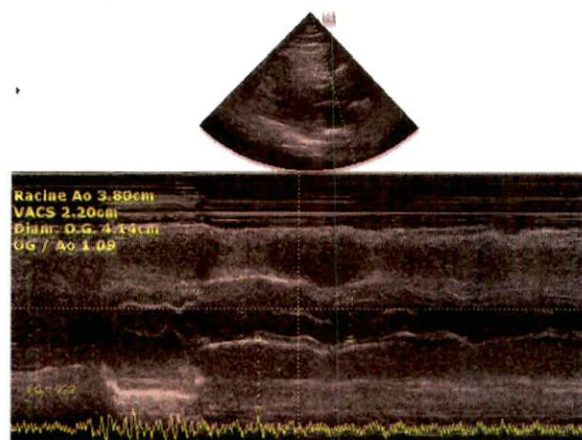
Tél: 06 22 55 67 49

80, Rue Ibn Rochd - Berrechid - Tél : 05 22 32 65 84

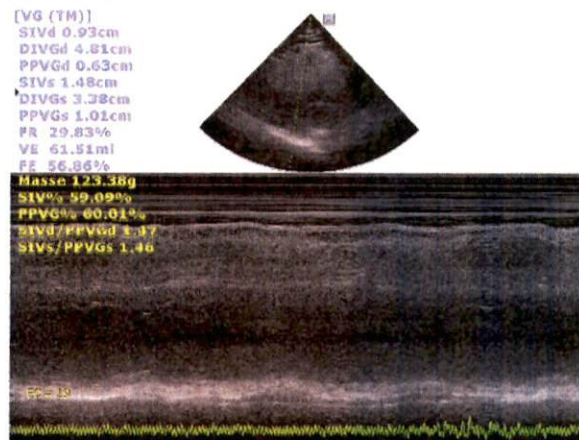
المستعجلات : 06 72 12 00 82

80. زنقة ابن رشد - برشيد - الهاتف : 05 22 32 65 84

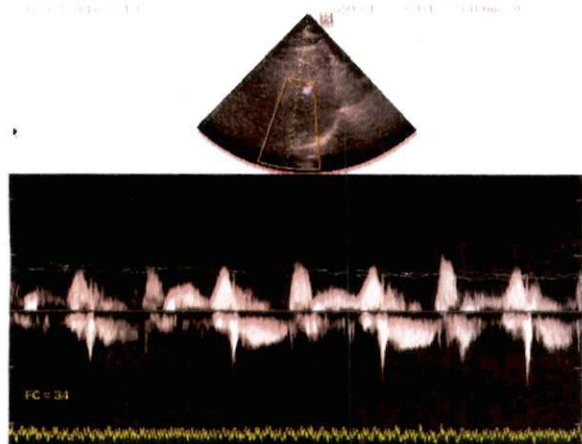
MEDISON 14-12-2021-0004 08:47:00h IP6640 16.0cm AL 1.3 14-12-2021 11:00:32
JAFIR, MHAMED/73a11m Gen ITm 0.5



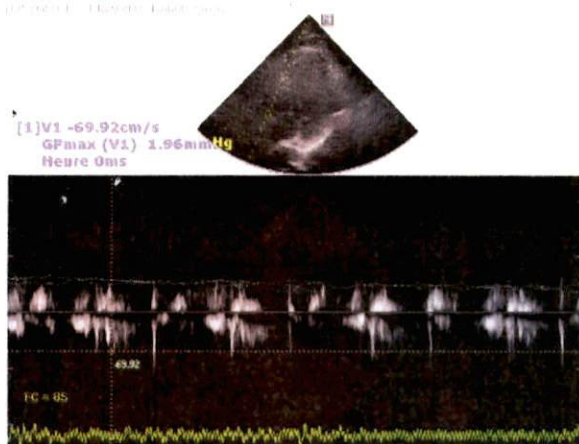
MEDISON 14-12-2021-0004 08:47:00h IP6640 16.0cm AL 1.3 14-12-2021 11:01:54
JAFIR, MHAMED/73a11m Gen ITm 0.5



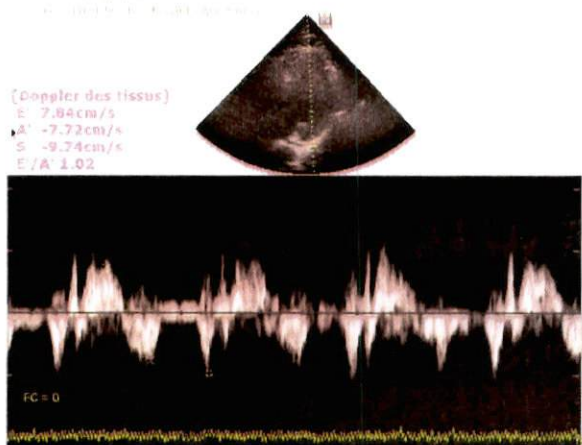
MEDISON 14-12-2021-0004 08:47:00h IP6640 16.0cm AL 0.04 14-12-2021 11:02:13
JAFIR, MHAMED/73a11m Gen ITm 0.4



MEDISON 14-12-2021-0004 08:47:00h IP6640 16.0cm AL 0.06 14-12-2021 11:02:22
JAFIR, MHAMED/73a11m Gen ITm 0.5



MEDISON 14-12-2021-0004 08:47:00h IP6640 16.0cm AL 0.88 14-12-2021 11:02:53
JAFIR, MHAMED/73a11m Gen ITm 1.1



DR AYOUBI HASSAN

CARDIOLOGUE

80 RUE IBN ROCHD BERRECHID

TEL :0522326584 14/12/2021

ICE : 001830229000079
INP : 061175584

MR JAFIR MHAMED

CONSULTATION DE CARDIOLOGIE+ECG

ECHOCARDIOGRAPHIE

TOTAL 750.00DH

DR AYOUBI HASSAN
CARDIOLOGUE
80 RUE IBN ROCHD
BERRECHID
T : 7 h à 30 min à 14 h
Tel : 05 22 32 65 84

DR AYOUBI HASSAN
CARDIOLOGUE
80 RUE IBN ROCHD BERRECHID

CRD D ECHOCARDIOGRAPHIE
LE 14/12/2021

MR JAFIR MHAMED

BILAN PREOPERATOIRE GREFFE CORNEE

MEDECIN TRAITANT PR BELMAKKI

LES VALVES MITRALES ET
LES SIGMOIDES AORTIQUES SONT FINES
AORTE DE TAILLE NORMALE
OG NON DILATEE
LE VG EST TAILLE LIMITE AVEC UNE
DIMINUTION DE LA CONTRACTILITE
POSTERIEUR
PERICARDE SEC
CAVITES DROITES NON DILATEES
VCI NON DILATEE
AU DOPPLER GRADIENT AORTIQUE
NORMALE
FE 56°° PRVG NORMALE
IM GRADE I

AU TOTAL CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE
AVEC FONCTION VG CONSERVEE

DR AYOUBI HASSAN
CARDIOLOGUE
80 RUE IBN ROCHD
BERRECHID
HT : 7
TEL : 7

ECG

NOM: JAFIR MHAMED

ID : 596/18

Dr AYOUBI Hassan
80.rue ibn rochd berchid - Tél : 0522326584

Genre : Homme

Age : 70

DDN : 01-01-1948

Date Test : 14-12-2021 11:44

Case # : Investigation # : Médecin Référent: Dr AYOUBI Hassan

10mm/mV 25mm/s

Filtre Principal: On Filtre ADS: On



| | | | |
|---------------|---------|----------------|-------------|
| Fréquence : | 1000 Hz | Interval.QT : | 431 ms |
| Durée ECG : | 4 s | Interval.QTc : | 481 ms |
| FC : | 75 bpm | Axe P : | 123.5° |
| Durée P : | 147 ms | Axe QRS : | 32.3° |
| Durée QRS : | 121 ms | Axe T : | -64.9° |
| Durée T : | 280 ms | RV5/SV1: | 1.36/0.94mV |
| Interval.PQ : | 176 ms | RV5+SV1: | 2.31mV |

RAS 75 bpm
TΘ en postérieur
Par di HVA

Suggestion :

DR AYOUBI HASSAN
CARDIOLOGUE
80 rue Ibn Rochd
Berchid

Signature Médecin:

HT : 7 heures 30 min à 14 h
Tél : 05 22 32 65 94