

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 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

La 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3094

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BAYADI RKIA

AAJSGA

Date de naissance :

Adresse : Rue yulles gres cite calina N° 6 oasis

Tél. 0634 52 75 28

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/09/2019

Nom et prénom du malade : LAZLAH RKIA BAYADI Age : 31

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

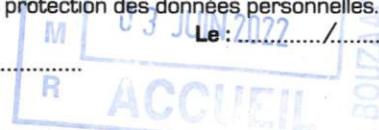
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le 03/10/2019



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DALAI 24, Bld de l'Industrie 91170 Vigneux sur Seine Tél: 01 60 52 25 42 Fax: 01 60 52 25 42	20/03/92	139,12

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CLINIQUE SAINT MARIE 10, Rue de la Marne 91170 Vigneux sur Seine Tél: 01 60 52 23 40 Fax: 01 60 52 23 42	15/03/92	FCHE ADDO	600,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

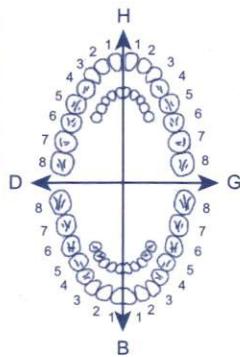
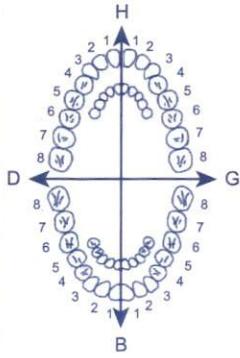
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 l'ODF.

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	21433552 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
	D 00000000	G 00000000		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



Casablanca le :

26/05/822

Prise

INPE : 101218030
Réédition dateur

NAQLAETT

RVIA

141^o

④ Doliprane 1g SV Sept 3/j

27,5^o

④ Spasfam 80mg SV Sept 3/j

97,6^o

④ Agafar

Ag x2/j

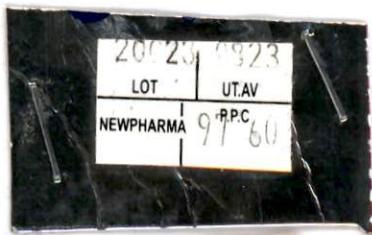
Ag x2/j

④ Aedes 20mg

Agel x2/j

CHAMBRE D'AGENCE DALAL
24, Rue d'Agadir
Oasis - Casablanca
Tel. 05 22 34 42 73

CLINIQUE MAARIF
Angle Rue Letitien et Montaigne
Val Fleuri - Maârif - Casablanca
Tél. 05 22 34 42 73



27,50



SERVICE RADIOLOGIE 0000707

Nom et prénom : RAKIA LAQLAUCH Age : 1951

Date : 26-05-2022 Heure : 03h23

Tél. : Organisme : B187830

Médecin :

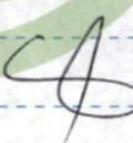
Nature de l'acte :

Acte Complémentaire : ECH - Abdo

Prix :

Avance : 600DH

Reste :

Reçu par : 

Signature

Clinique Val Fleuri - Maârif

Adresse : Rue du Titien ang . Montaigne val fleuri 20390 CASABLANCA - MAROC

Téléphone : 0522 64 65 13 - 0522774646 - 0522234014 . Fax : 0522234275

Email : contact@cliniquevalfleuri.com · www.cliniquevalfleuri.com



SERVICE CONSULTATION 0000623

Nom et prénom LAO LACH RKIA Age : _____

Date : 26-05-2022 Heure : 02h26

Tél. : _____ Organisme : _____

Médecin : _____

Nature de l'acte : CST + ECG

Acte Complémentaire : 1600DH

Prix : _____

Avance : _____

Reste : _____

Reçu par : SJ

Signature

Clinique Val Fleuri - Maârif

Adresse : Rue du Titien ang . Montaigne val fleuri 20390 CASABLANCA - MAROC

Téléphone : 0522 64 65 13 - 0522774646 - 0522234014 . Fax : 0522234275

Email : contact@cliniquevalfleuri.com - www.cliniquevalfleuri.com

Casablanca le: 26/5/2022

LAQLACH RRIYA

CLINIQUE MAARIF
Angle Rue Letitien et Montaigne
Val Fleuri - Maârif - Casablanca
Tél. 05 22 23 40 14/15 - 05 22 23 42 73/74
Fax: 05 22 23 40 14/15 - 05 22 23 42 73/74

ABDOMINAL

Dr. CHAIB HATHEM
Anesthésiste - Réanimateur
N°: 10/218030

CLINIQUE MAARIF



090003484

FACTURE N° 01088/22

CASABLANCA Le : 26-05-2022

page 1 / 1

Identification

N° Dossier : 22E26023732

N°IPP : 005200/22

Nom & Prénom : Mme LAQLACH RKIA

C.I.N. : M7891

Date Naissance : 01-01-1951

Adresse : CASA

Organisme : Payant

Période d'hospitalisation

Date Entrée : 26-05-2022

Date Sortie : 03-06-2022

Médecin traitant

DR. JADID IHSANE

Traitements

Consultation

Prestations	Observation	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Total
-------------	-------------	-----	---------	------	------	-------

RADIOLOGIE

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE		1	600,00			600,00
------------------------	--	---	--------	--	--	--------

Sous Total 600,00

TOTAL PARTIE AUTRUI 600,00

TOTAL GENERAL 600,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : **SIX CENTS DIRHAMS**

Facture Imprimer par : **SELLAMI FATIMA EZZAHRA**

*CLINIQUE MAARIF
Angle Rue Val Fleuri et Montaigne
Casablanca
Tél: 05 22 23 42 73 / 74*

Clinique Val Fleuri - Maârif

Adresse: Rue du Titien ang. Montaigne Val fleuri 20390 CASABLANCA - Maroc

Téléphone: 0522234014 / 0522774445 / 0522774646 / 0522774646 - Fax: 0522234275

Mme : LAQLACH RKIA

26/05/2022

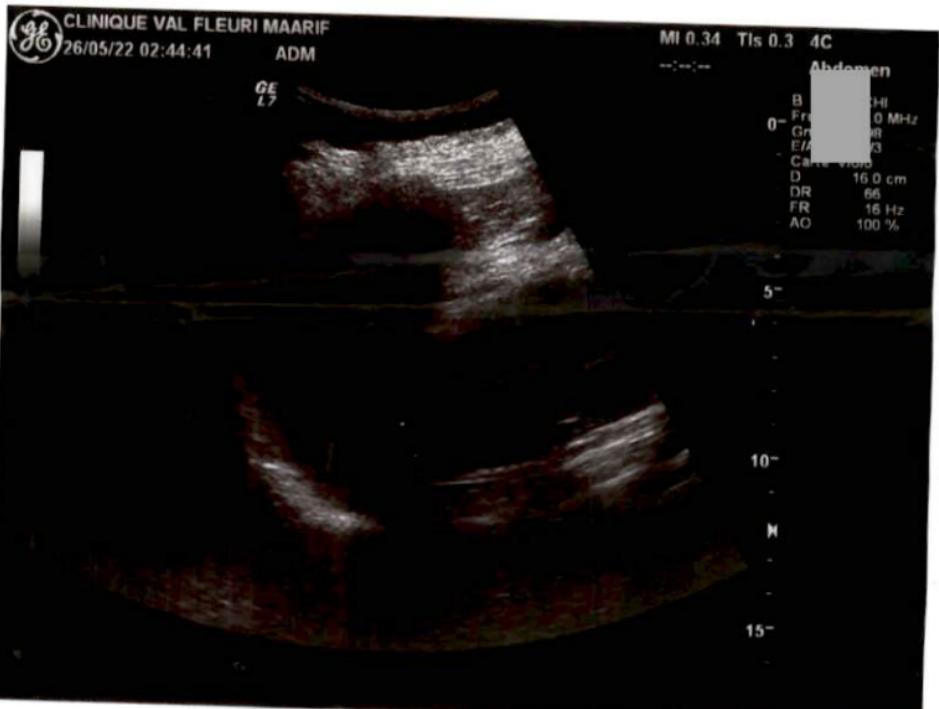
ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

- Aérocolie .
- Foie de taille normale de contours réguliers homogène sans lésion focale décelable.
- Absence de dilatation de la VBP ou des VBIH
- TP de calibre normal perméable.
- VB non distendue à paroi fine.
- Absence d'épaississement de la paroi vésiculaire.
- Tête du pancréas paraît de taille normale homogène.
- Rate de taille normale de contours réguliers homogène.
- Reins de taille normale, de contours réguliers, bien différenciés sans dilatation des cavités excrétrices.
- kyste parapérytéal droit simple mesurant 35 x 21mm .
- Vessie vide.
- Absence d'épanchement péritonéal

CONCLUSION :

- Aérocolie.
- Absence d'autre lésion significative sur cet examen.

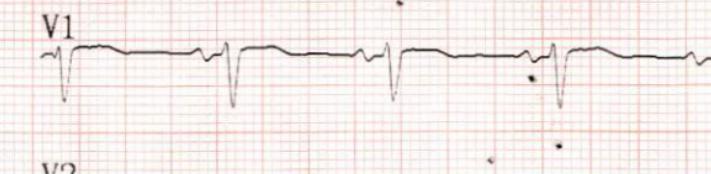
CLINIQUE MAÂRIF
SERVICES RADIODIAGNOSTIQUE
Angle Rue Letitien et Montaigne - Val Fleuri - Maârif - Casablanca - Tél.: 05 22 23 40 14/15 - 05 22 23 42 73/74 - Fax : 05 22 23 42 75
Tél: 05 22 23 42 14 15 05 22 23 42 73 74
Fax: 05 22 23 42 75



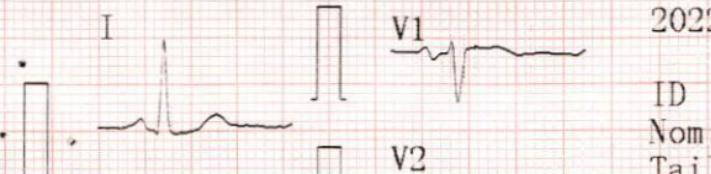
AUTO 10mm/mV



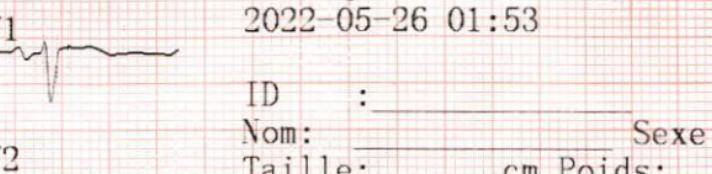
10mm/mV



10mm/mV



10mm/mV



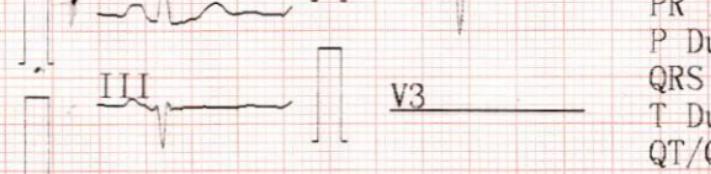
II



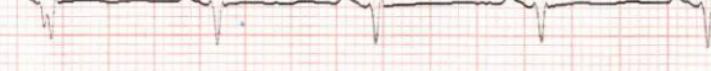
V2



II



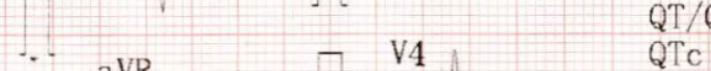
III



V3



III



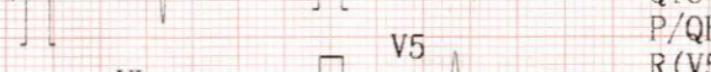
aVR



V4



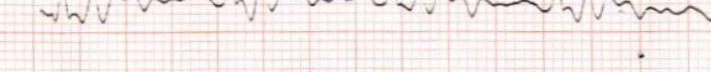
aVR



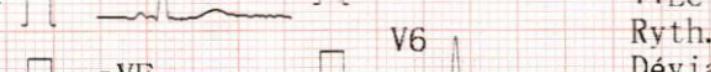
aVL



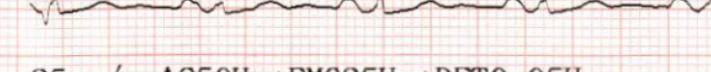
V5



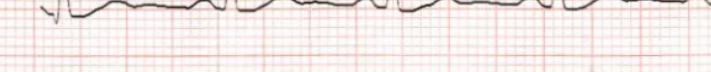
aVL



aVF



V6



aVF



25mm/s AC50Hz+EMG25Hz+DFT0.05Hz

25mm/s

clinique maarif
2022-05-26 01:53ID : _____
Nom: _____ Sexe: _____
Taille: _____ cm Poids: _____ kg Age: _____
HR bpm: 84
PR Interval ms: 151
P Duration ms: 116
QRS Duration ms: 58
T Duration ms: 240
QT/QTc(Bazett) ms: 348/412
QTc(Hodge) ms: 390
QTc(Framingham) ms: 392
QTc(Fridericia) ms: 389
P/QRS/T Axis deg: 53.1/10.9/34.7
R(V5)/S(V1) mV: 0.50/0.52
R(V5)+S(V1) mV: 1.02**Le rapport doit être confirmé par un médecin**
Ryth. sinusoïdal norm.
Dévia. ax. gche légère;

Médecin _____