

## 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

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.

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° W21-770564

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11445 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MALU ZAKARIA

Date de naissance : 24/04/75

Adresse : Habitel

Tél : 06-91-88-84-69 Total des frais engagés : 650,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/10/2022

Nom et prénom du malade : DALY ZAKARIA Age :

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

Nature de la maladie : Douleur Thoracique

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 : 08/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-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
05/10/22	S		GA	INP : 091946015 

## EXECUTION DES ORDONNANCES

[illegible]

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	13/10/20	Spécialité Généraliste	650,-

## AUXILIAIRES MEDICAUX

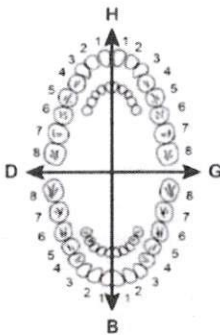
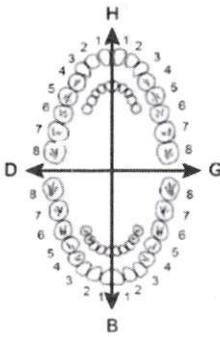
[illegible]

## 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 l'ODF.**

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<div></div>															
					MONTANTS DES SOINS	<div></div>															
					DEBUT D'EXECUTION	<div></div>															
					FIN D'EXECUTION	<div></div>															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX	<div></div>															
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>			H			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS	<div></div>	
	H																				
	25533412	21433552																			
	00000000	00000000																			
	D	G																			
	00000000	00000000																			
	35533411	11433553																			
	B																				
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																				
					DATE DU DEVIS	<div></div>															
				DATE DE L'EXECUTION	<div></div>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**



مصحة أمراض القلب الدار البيضاء - الوازيس  
**CLINIQUE Cardiologique Casa-Oasis**  
Cardiologie / Cardiologie Interventionnelle / Radiologie Vasculaire Interventionnelle  
Chirurgie Cardio Vasculaire et Thoracique  
**Coro-Scanner / 128 barrettes**

Casablanca, le 13 Octobre 2022

Mr MALKI Zakaria

FACTURE N° 114737/2022

Date	Désignation	QT	Montant
13/10/2022	Epreuve d'effort	1	0,00 650,00 0,00 0,00 0,00
			650,00

Arrêtée la présent facture à la somme de :  
Six Cent cinquante dirhams (650,00 dhs)

**Dr. FIKAL MAJOUA**  
Cardiologue  
Boulevard Zouhair El Oulidi  
Tél : 05 22 98 75 75 - 05 22 98 07 06 - 05 22 99 49 72  
Fax : 05 22 98 83 25 - GSM : 06 72 29 45 14 - 06 72 29 47 13 - 06 72 29 48 72  
E-mail : clinique\_cardiologique@hotmail.com - Patente : 34788311 - C.N.S.S : 7379622 - I.F. : 01006967 - I.C.E : 001750502000084  
N° Cpte : 190 780 21211 430 4969 0009 74 Banque Centrale Populaire - Casablanca

20, Rue France Ville - Oasis - CASABLANCA 20000 الدار البيضاء - الوازيس - زنقة فرانس فيل - 20

Tél. : 05 22 98 75 75 / 05 22 98 07 06 / 05 22 99 49 72 - Fax : 05 22 98 83 25 - GSM : 06 72 29 45 14 - 06 72 29 47 13 - 06 72 29 48 72  
E-mail : clinique\_cardiologique@hotmail.com - Patente : 34788311 - C.N.S.S : 7379622 - I.F. : 01006967 - I.C.E : 001750502000084

N° Cpte : 190 780 21211 430 4969 0009 74 Banque Centrale Populaire - Casablanca



**Dr. FIKAL Najoua**

Cardiologue



**الدكتورة فكال نجوى**

أخصائية أمراض القلب والشرابين

- Ancien Médecin des Hôpitaux Savoie - Lyon France
- Ancien Médecin du CHU Ibn Rochd
- Diplômée D'échocardiographie - Bordeaux France
- Diplômée D'imagerie Vasculaire Non Invasive - Paris Descartes France

- طبيبة سابقا بمستشفى سافوا - ليون - فرنسا
- طبيبة داخلية سابقا بمستشفى ابن رشد
- دبلوم فحص القلب بالصدى من جامعة بوردو - فرنسا
- دبلوم فحص الشرايين من جامعة باريس ديكرت - فرنسا

Casablanca, le 05-10-2022

Nom Prénom :

Mr Maliki Zakaria

Age : 47 ans

- douleur thoracique type oppression  
thoracique

- ECG de base : sans anomalie

Test d'effort

CLINIQUE CARDIOLOGIQUE  
CASA - OASIS  
20, Rue de France Ville Oubir - Casa  
Tél: 0522 98 07 06 Fax: 0522 98 83 25

DR. FIKAL NAJOUA  
Cardiologue  
Boulevard Zoubir, lot N 158, étage 1  
El OULFA - Casablanca  
Tél. : 0522 900 200 - 0522 61 61 02 71  
INPE: 031246215

Holter ECG - Holter Tensionnel - Epreuve D'effort - ECG - Echodoppler Cardiaque - Echodoppler Vasculaire

الطابق الأول، إقامة رقم 158، شارع الزوبير (مصطفى سلمات) مقابل بنك أفريقيا، الألفة - الدار البيضاء  
1<sup>er</sup> étage, lot N 158, Boulevard Zoubir (Mustapha Selmat), en face de BMCE Zoubir, Oulfa, Casablanca

☎ 05.22.900.200 ☎ 06.61.610.271 ✉ fikal.najoua@gmail.com

ID:	2ème ID:	ID Admission:
DDN: 24/04/1975	Taille: 184 Cm	Sexe: Homme
Age: 47 Ans	Poids: 105 Kg	Ethnie: Inconnu
Indications	Médications	
Médecin traitant:	Site:	Type de Procédur
Signé par:	FMT: 147 bpm 85%	Cause de fin:
Opérateur:	Max HR(%MPHR): 153 bpm 88	Symptôme:
Diagnostic	Notes	
Conclusions		
EE sur tapis roulant, selon le protocole de Bruce, menée au 5ème palier, à 88% de la FMT: absence de douleur thoracique, absence de sous-décalage significatif de ST, absence d'arythmie, absence de troubles de la conduction. profil tensionnel normal Au total: EE négative cliniquement et électriquement		

Revu par:

RAPPORT NON CONFIRME

Signé par:

Date:

DR. FIKAL NAJOUA  
CLINIQUE CARDIOLOGIQUE  
CASA - OASIS  
20, Rue de France Ville Oasis - Casa  
Tél: 0522 98 07 06 Fax: 0522 98 07 07  
Boulevard de l'Indépendance - Casablanca  
Tél: 0522 98 07 06 Fax: 0522 98 07 07