

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.

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

M22- 0011422

149564

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 627 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : MR. AIT MHAAMED AHMED
 Date de naissance : 12-09-1944
 Adresse : HAY ESSALAM RUE MAMAK
 TONGHA N°61 CASN
 Tél. : 063460386 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17-01-2023
 Nom et prénom du malade : Age:
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Pathologie de l'infirmité cardiaque / FA
 Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :
 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 : 17-01-2023
 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
17/01/2023	Consultation	1	4000	<i>[Signature]</i>



EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>
				Montants des Soins <input type="text"/>
				Debut d'Execution <input type="text"/>
				Fin d'Execution <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <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		Coefficient des Travaux <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	Montants des Soins <input type="text"/>													
			Date du Devis <input type="text"/>													
		Date de l'Execution <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca le 17/01/2023

M. AIT Mohamed KHARJA Née A. R.

Catégorie de DAI triple chambre
de marque Medtronic (Cypria
quad CHD)

implanté le 03/01/2022 par CAD
avec dysfonction VG sévère

patient en FA paroxysmique

DAI réglé en 70/120
Tension Pib = 2,97 ✓

Dr. CHAACHOUI Najia
Cardiologue - Rhéumologue
314, Rue Mostafa el Maani-Casa
Tel: 05 22 22 73 43 INPE: 091170180

المستعجلات 24h/24h Urgence

19, Bd Ibnou Sina - Casablanca Tél: 05 22 94 39 33 (L.G) - Fax: 05 22 94 30 22

www.cardiocasaanfa.com - Email: contact@cardiocasaanfa.com - I.C.E. : 001742957000002

Patente: 35806678 - I.F: 1004548 - C.N.S.S.: 6021589 BMCI - Agence Mohamed V - RIB: 013 780 01 104 01384700132 48

19, شارع ابن سينا- الدار البيضاء الهاتف: 05 22 94 39 33 - الفاكس: 05 22 94 30 22

بتانتا: 35806678 - ت ج: 1004548 - ص و ض ج: 6021589 التعريف البنكي: 013 780 01104 01384700132 48

Temps de charge = 4 sec

longérite = 6,3 ans

$\eta = 98\%$

Absence de foyers de rythme
ventriculaire enregistrés

	A	VP	V G	W
impulse	456r	342r	388r	73r
sent	FA	0,8/0,4s	2,25V/0,4s	
Défectin	0,8w	/		

→ bon fonctionnement du DAI

→ patiente stimulodéplé

→ chaque contrôle tous

6 mois



Dr. CHAACHOU Najia
Cardiologue Rythmologue
314 Rue Mostapha El Maah-Casa
Tel.: 05 22 22 73 43 INPE: 091170167



DATE D'EXAMEN : 17/01/2023

FACTURE N° 85/23

MEDECIN TRAITANT : DR CHAACHOUI NAJIA

NOM ET PRENOM : MME AIT M'HAMED KHADIJA Neé ATIR

DESIGNATION	NOMBRE	UNITAIRE	TOTAL
CONTRÔLE PACE MAKER	1	400,00	400,00
TOTAL GENERAL			400,00

**ARRETEE LA SOMME DE LA FACTURE DE :
QUATRE CENT DIRHAMS ./.**

Urgence 24h/24h المستعجلات

19, Bd Ibnou Sina - Casablanca Tél: 05 22 94 39 33 (L.G) - Fax: 05 22 94 30 22

www.cardiocasaanfa.com - Email. contact@cardiocasaanfa.com - I.C.E. : 001742957000002

Patente: 35806678 - I.F: 1004548 - C.N.S.S.: 6021589 BMCI - Agence Mohamed V - RIB: 013 780 01 104 01384700132 48

19, شارع ابن سينا- الدار البيضاء الهاتف: 05 22 94 39 33 - الفاكس: 05 22 94 30 22

بتاننا: 35806678 - ت ج: 1004548 - ص و ض ج: 6021589 التعريف البنكي: 013 780 01104 01384700132 48

AUTO 10mm/mV

10mm/mV

10mm/mV

10mm/mV

Cabinet Dr BOUGTEB Hanane

2023-01-25 11:07

ID:

Nom: AITMHAMED KHADIJA Sexe: Homme Age: 78 ans

Taille: 163 cm Poids: 71 kg SYS/DIA: 110/70 mmHg

FC [bpm]: 80

Intervalle PR [ms]: 253

Durée P [ms]: 120

Durée QRS [ms]: 80

Durée T [ms]: 160

QT/QTc [ms]: 426/492

Axe P/QRS/T [deg]: 116.6/103.4/-141.1

R(V5)/S(V1) [mV]: 0.00/0.00

R(V5)+S(V1) [mV]: 0.00

<<Conclusions>>

Tens. basse QRS;

Dévia. ax. droite légère;

Décalage ST, isch. myocardique antéroseptale possible;

II aVR V6 Onde T anormale

Le rapport doit être lu par un médecin

Dr BOUGTEB Hanane

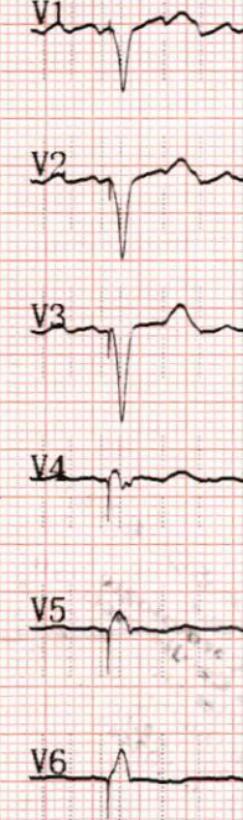
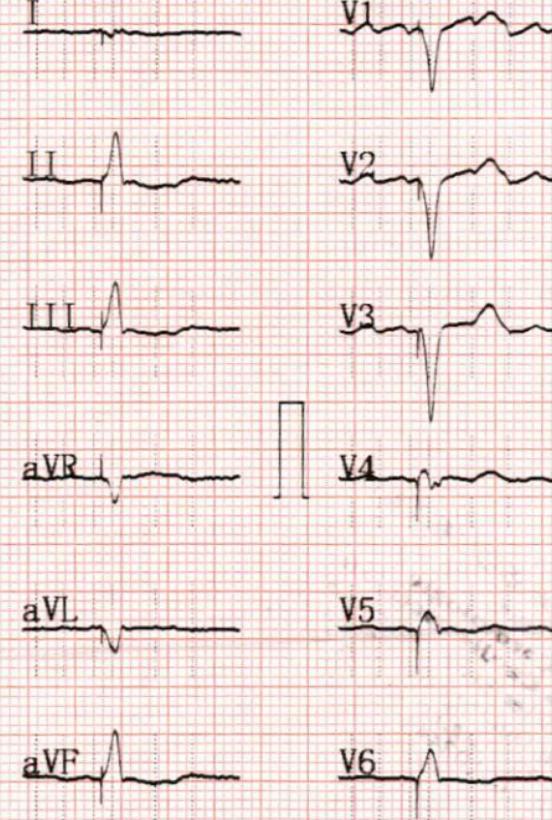
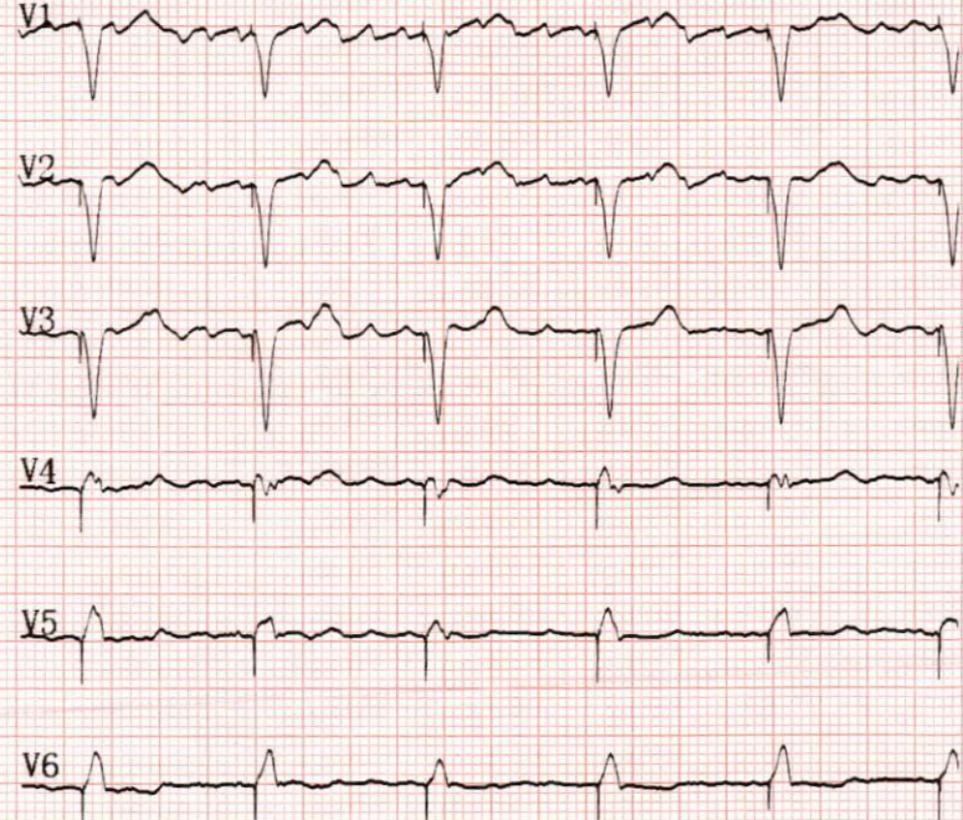
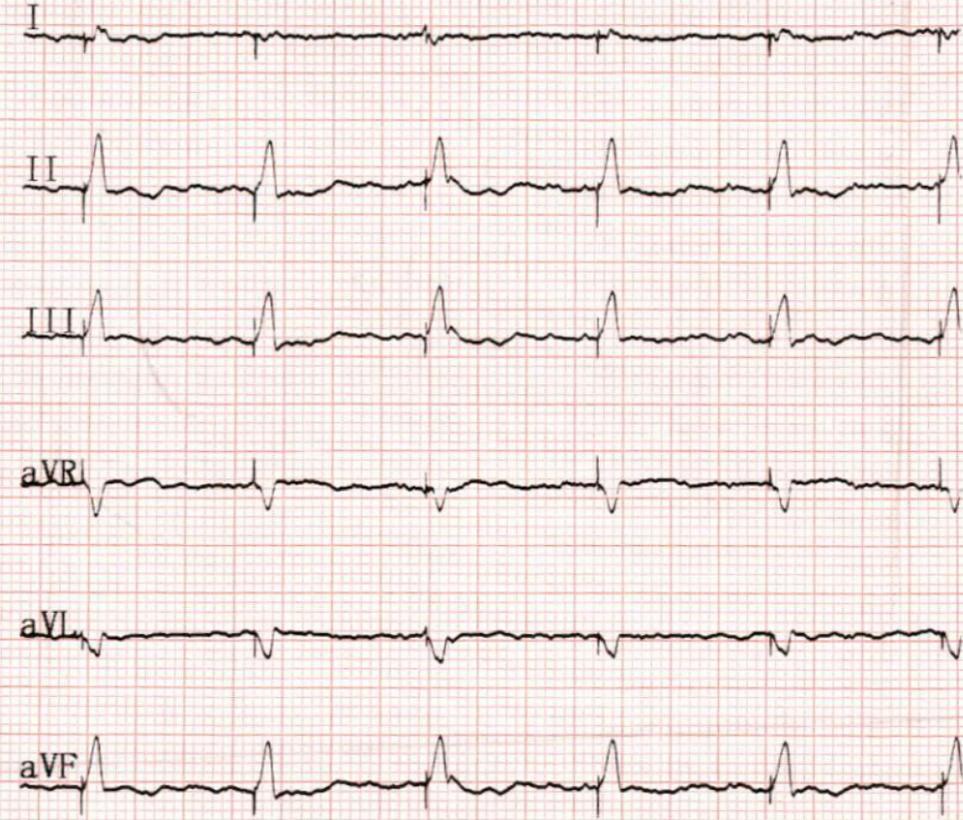
115 Boulevard de la République - Bureau N° 2

115 Boulevard de la République - Quartier des Hôpitaux

Tel.: 05 22 53 22 77 - Urg: 06 61 56 56

INPE: 011034413

Médecin



25mm/s AC50Hz+EMG35Hz+DFT

25mm/s

Médecin

Dr BOUGTEB Hanane
 Cabinet de Cardiologie
 Laboratoire de Cardiologie
 115 Boulevard de la République - Bureau N° 2
 115 Boulevard de la République - Quartier des Hôpitaux
 Tel.: 05 22 53 22 77 - Urg: 06 61 56 56
 INPE: 011034413