

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.

N° W19-494640

AS4285

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	9399	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AFAKHRI HICHAM			
Date de naissance : 24/07/1971			
Adresse : N°27 LOT RYAD PARTNER ROUTE AZZEMOUR DAR BOUAZZA CASA			
Tél. : 06 61 10 96 69 Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/03/2023

Nom et prénom du malade : AFAKHRI HICHAM

Age:

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 : CASA

Le : 10/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
10/01/2023	Consultation	1	1000 Dhs	NP: 1091130922
11/01/2023	Consultation	1	1000 Dhs	ASSOUA AYAD Signature

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Formuleur	Date	Montant de la Facture
Route d'Almouzai - Casablanca Dar Bouazza - 200829 Tel: 0524 32960411	11/3/23	7.11930 F

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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	INP : <input type="text"/>																						
				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	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr><td>H</td><td></td><td>G</td></tr> <tr><td>26533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr><td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr><td>B</td><td></td><td></td></tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		G	26533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		G																								
26533412	21433552																									
00000000	00000000																									
D		G																								
00000000	00000000																									
35533411	11433553																									
B																										
				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

Docteur Saâd SOULAMI

Professeur de Cardiologie

Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Echo Doppler Couleur - Holter



الدكتور سعد السلمي

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

إخلاصي في أمراض القلب والأوعية الدموية

خريج كلية الطب بباريس

فحص القلب بالصدى و الدوبليير بالألوان

11 MAR. 2023

Patient:

Casablanca, le

M. A. A. K. R. i.

11/2 + 1/2

AVLOCARDYL 40

PER : 05/2025

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC B50

P.P.V : 41DH10

6 118000 010227

0 1/2

1/2

1/2

PHARMACIE DES JARDINS
DE L'OCEAN S.A.Y Sarl Au
Route d'Avemour Km 15
Dar El Hizza Casablanca

PER : 04/2025

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC B50

P.P.V : 41D480

6 118000 010227

LOT 223839 1
EXP 11 2025
PPV 35.70



Deep

02

ms

Alphra-2 0,2 mg

35.80

1/2 g

Bag

1/2 MZ 1/2

F MZ 35.80

35.80 Rue Mostafa El Maâni
Sur de Casablanca
Tél: 05 22 18 84 / 26 13 36 - CASA
35.80

رقم مصرف المعاني (قرب زنقة أڭادير) - الدار البيضاء

356, Rue Mostafa El Maâni (coté Rue d'Agadir) - 1^{er} étage - Casablanca - E-mail : cabinetsoulami@gmail.com

Tél.: 05 22 22 18 84 / 06 62 88 90 91 - Tél./Fax: 05 22 26 13 36 - Urgence : 06 65 14 69 96

CNSS : 2700608 - IF : 41802254 - ICE : 001755076000067 - IPN : 091130922

Docteur Saâd SOULAMI

Professeur de Cardiologie

Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Echo Doppler Couleur - Holter



الدكتور سعد السلمي

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

اختصاصي في أمراض القلب والأوعية الدموية

خريج كلية الطب بيباريس

فحص القلب بالصدى والدوبلير بالألوان

Patient :

AFAKHTI HICHAM

Casablanca, le

11/12/2023

Nâââle D'âme

Hôpital Teniers d'Agadir

1 X 1000 DH

Dr. Saâd SOULAMI



356، زنقة مصطفى المعاني (قرب زنقة أڭادير) - الدار البيضاء

356, Rue Mostafa El Maâni (coté Rue d'Agadir) - 1^{er} étage - Casablanca - E-mail : cabinetsoulami@gmail.com

Tél.: 05 22 22 18 84 / 06 62 88 90 91 - Tél./Fax: 05 22 26 13 36 - Urgence : 06 65 14 69 96

CNSS : 2700608 - IF : 41802254 - ICE : 001755076000067 - IPN : 091130922

Docteur Saâd SOULAMI

Spécialiste des Maladies du Coeur et Vaisseaux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Ex-Professeur à la Faculté de Médecine
de Casablanca

Echo Doppler Couleur - Holter



الدكتور سعد السلمي

اختصاصي في أمراض القلب والأوعية الدموية

خريج كلية الطب بباريس

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

فحص القلب بالصدى والدوبلير بالألوان

Casablanca, le 11.03.2023

COMPTE RENDU DE HOLTER TENSIONNEL DES 24 HEURES

Nom et Prénom : Mr AFAKHRI Hicham

Indication : HTA?

L'appareillage utilisé est un Oscar utilisant la méthode oscillométrique.

La durée d'enregistrement a été de 24 heures

Il y a eu 75 prises de TA avec un succès de 95 % (ce qui valide la méthode et ses résultats)

Pendant les 24 heures de prise de la TA, le résumé des résultats est le suivant :

* Pression artérielle systolique des 24 heures supérieure à 140 mmHG : 3 % des mesures

* Pression artérielle diastolique des 24 heures supérieure à 90 mmHG : 3 % des mesures

* Pression artérielle systolique diurne des 24 heures supérieure à 140 mmHG : 1 % des mesures

* Pression artérielle diastolique diurne des 24 heures supérieure à 90 mmHG : 3 % des mesures

* Pression artérielle systolique nocturne des 24 heures supérieure à 120 mmHG : 12 % des mesures.

* Pression artérielle diastolique nocturne des 24 heures supérieure à 80 mmHG : 0 % des mesures.

* Fréquence cardiaque moyenne des 24 heures 84 Battements / min

CONCLUSION :

Pression artérielle systolique moyenne des 24 heures : 110 mmHg

Pression artérielle diastolique moyenne des 24 heures : 74 mmHg

Fréquence cardiaque moyenne des 24 heures à 84 battements/min.

Profil ambulatoire de la TA qui montre des chiffres tensionnels systolo-diastoliques

normaux avec une charge tensionnelle moyenne normale et respect du rythme nycthéméral tensionnel.

Malade ne nécessitant aucun traitement antihypertenseur.

Pr. S. SOULAMI

Dr. Saâd SOULAMI
Professeur de Cardiologie
356, Rue Mostafa El Maâni
Tél.: 22.18.84.06.13.36 - CASA
356, Rue Mostafa El Maâni
Tél.: 22.18.84.06.13.36 - CASA
Dr. Saâd SOULAMI
Professeur de Cardiologie

356، زنقة مصطفى المعاني (قرب زنقة أڭادير) - الدار البيضاء

356, Rue Mostafa El Maâni (coté Rue d'Agadir) - 1^{er} étage - Casablanca - E-mail : cabinetsoulami@gmail.com

Tél.: 05 22 22 18 84 / 06 62 88 90 91 - Tél./Fax: 05 22 26 13 36 - Urgence : 06 65 14 69 96

CNSS : 2700608 - IF : 41802254 - ICE : 001755076000067-IPN : 091130922