

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

M23-001398

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6371 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SABRI Mohamed
 Date de naissance : 1/1/1960
 Adresse : NE 322 Lotissement EL WAFAE H1 Deroua
 Tél. : 0602561581 Total des frais engagés : 2870,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/03/2023
 Nom et prénom du malade : M^r SABRI MOHAMED Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : AVCI
 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 : Deroua le 28/03/2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
28/13/23	ECHO cœur		800 DH	
28/13/23	Holter HCG		800 DH	

813123	Edo coel
--------	----------

800 DH

Cachet et signature du Médecin
attestant le Paiement des Actes

2813123 Holter HCA

800 OH

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p> </p> <p> </p>	28-03-23	1220,00

Date _____

Montant de la Facture

1270,00

INPE : 06 20 74 810

[illegible]

Date _____

Montant
des Honoraires[illegible]

Date des Soins

Nombre			
AM	PC	IM	IV

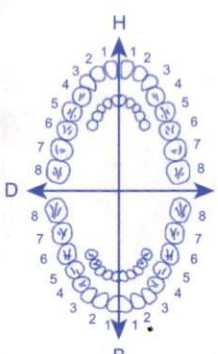
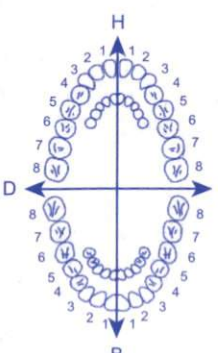
Montant détaillé
des Honoraires

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> COEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> DEBUT D'EXECUTION </div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> FIN D'EXECUTION </div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> B 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> B 00000000 11433553 </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> COEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> DATE DU DEVIS </div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> DATE DE L'EXECUTION </div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div>
	[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

Important :

Veillez 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 TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			G
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

A circular molecule is shown with 16 numbered nodes (1-8) arranged in a ring. The nodes are labeled with numbers 1 through 8, with some nodes having multiple labels (e.g., 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8). The molecule is divided into four quadrants by a vertical line (H) and a horizontal line (B). The regions are labeled H (top), B (bottom), D (left), and C (right). The nodes are arranged such that the top half (H) and bottom half (B) are mirror images, and the left half (D) and right half (C) are also mirror images.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. EL MOURID MONIA
CARDIOLOGUE

Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca
Diplômée de l'Université Paris Descartes en cardiologie pédiatrique
Ancien médecin interne du CHU Ibn Rochd - Casablanca
Ancien médecin interne du CHU de Paris
Praticien attachée à l'hôpital universitaire CHEIKH KHALIFA

Echographie doppler cardiaque et vasculaire
Echocardiographie de stress
Holter ECG / Holter Tensionnel / Epreuve d'effort



الدكتورة المريد منى
أخصائية في أمراض القلب و الشرايين

خريجة كلية الطب و الصيدلة الدار البيضاء
دبلوم أمراض القلب للأطفال بجامعة باريس
طبيبة داخلية سابقة بمستشفى ابن رشد . الدار البيضاء
طبيبة داخلية سابقة بالمستشفيات الجامعية باريس
طبيبة بالمستشفى الجامعي الشيخ خليفة
الفحص بالصدى الصوتي للقلب و الشرايين
فحوص القلب بالصدى عند الجهد
تسجيل الضغط الدماغي و دقات القلب على المدى الطويل . تخطيط الجهد

ORDONNANCE

28 mars 2023

Mr. SABRI Mohamed

1/ KARDEGIC 160 MG POUDRE POUR SOLUTION BUVABLE

1 sachet à midi

2/ COVERAM 5MG/5MG 5 / 5 MG / MG COMPRIME

1 cp le matin

3/ COSTAL 20MG

1 cp le soir

4/ BIPROL 2.5 MG

1/2 cp le matin

5/ VASTAREL 35

1cp *2/j

Traitement pendant : 3 Mois

📍 تجزئة النسيم رقم 26 عمارة ديار العلوي رقم 04 الطابق الأول . الدروة



Lotissement Nassim N°26 Immeuble Diar El Alaoui Appt N°4 1er étage - Deroua



05 22 03 16 74



Urgences : 06 60 62 70 07



cabinet.dreilmourid@gmail.com

37100 37100

20800

208,00

LOT : 221199
EXP : 09/2025
PPV : 99,00DH
LOT : 221199
EXP : 09/2025
PPV : 99,00DH

LOT : 22E014
PER : 09 2024
KARDEGIC 160MG
SACHETS 830
P.P.V : 35DH70
6 118001 081189

LOT : 22E014
PER : 09 2024
KARDEGIC 160MG
SACHETS 830
P.P.V : 35DH70
6 118001 081189

137,20

137,20

137,20

(50 X 28 X 114) mm

Cabinet de Cardiologie et d'explorations cardio-vasculaires

Dr El MOURID Monia

ICE 002841634000069

INPE 061259198

Deroua le : 28/03/2023

FACTURE N° FC23030059

Mr. SABRI Mohamed

Bilan	Montant
Echo doppler cardiaque	800,00 DH
Holter ECG	800.00 DH

MILLE SIX CENTS DIRHAMS

SIGNE :

DR. EL MOURID MONIA
CARDIOLOGUE
LOTISSEMENT NASSIM, IMMEUBLE DIAR EL ALAOU, APP 4,
1ER ETAGE, DEROUA
TEL: 0522031674 / 0660627007
INPE: 061259198

Lotissement Nassim, Immeuble Diar El Alaoui, App 4, 1er etage, Deroua

0522031674

Cabinet de cardiologie- Dr El Mourid Monia HOLTER ECG Rapport

prénom: SABRI MOHAMED

Sexe: MGlé

Âge: 74An

département:

Bed No.:

Admission No.:

N° Dossier:

ID: 0000117

Début: 2023-03-28 14:53:08

Arrêtez: 2023-03-29 14:12:17

Temps total: 23:19:09

FC:

FC Moy: 73
Min FC: 45 Temps: 2023-03-28 18:11:08
Max FC: 117 Temps: 2023-03-29 06:01:01
Total Batt: 102302
Batt anormaux: 22
Batt anorm/1000: 0

Le temps de pause:

Pause R-R > 2000 ms: 0

S:

Total S: 15 Single: 9 SVE
Total S Doublet: 1 Total: 2 SVE
Bigeminisme: 0 Total: 0 SVE
Trigeminisme: 0 Total: 0 SVE
Total S Tachycardie: 1 Total: 4 SVE
S Permillage: 0
Max S dans une min.: 6

V:

Total V: 7 Single: 2 VE
Total V Doublet: 0 Total: 0 VE
Bigeminisme: 0 Total: 0 VE
Trigeminisme: 0 Total: 0 VE
Total V Tachycardie: 1 Total: 5 VE
V Permillage: 0
Max V dans une min.: 5

HRV(Domaine de Temps):

SDNN (ms): 136.4
SDANN (ms): 122.5
rMSSD (ms): 53.2
PNN50 (%): 7.2
CV: 0.08

ST:

Élévation

Dépression

(seg.) (mV/min) (seg.) (mV/min)

V1: 0 0.2 0 0.1
V3: 0 0.2 0 0.1
V5: 0 0.2 17 0.1

HRV(Domaine de fréquence):(ms*ms/Hz)

Puissance: 9860.5
ULF: 7133.9
VLF: 2157.3
LF: 302.5
HF: 266.8

Conclusion:

Rythme régulier sinusal tout au long du nyctémère avec une Fréquence moyenne à 68 bpm
(Fc min à 53bpm, Fc max à 102 en rapport avec une tachycardie sinusale)
ESV rares (5 max/h) avec présence de doublets et d'une salve de tv non soutenue
ESSV rares (7 max/h) avec présence de salves de TSV non soutenue
Absence de Troubles de conduction
Variabilité sinusale conservée
Absence de passage en ACFA ce jour

Signature du médecin: