

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

- Reclamation : 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

M23-006511 168533

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1288 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Chafik Mounira

Date de naissance : 21/10/42

Adresse : 45, rue Abdelouahab

Tél. : 066224633 Total des frais engagés : 1344,05 Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr. EL KIFANI Ahmed

CARDIOLOGUE
82, Rue Soumaya - Casablanca
Tél. : 05 22 98 72 37
ICE : 001748483000083
INPE : 091056705

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26.06.2023

Nom et prénom du malade : CHAFIK MOUNIRA Age : 81 ans

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

Nature de la maladie : HTA

Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie : HTA

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 : 26.06.2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CHDP N° : AA-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
26.06	C2 + ECG		300/00	
20.23	+ Echinops cardapile		800/00	

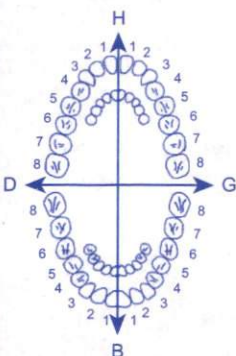
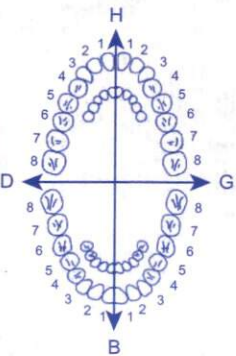
[illegible][illegible][illegible]

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														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/>													
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B
	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 style="width: 100%;" type="text"/>													
			DATE DU DEVIS <input style="width: 100%;" type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Ahmed EL KIFANI

Diplômé de la Faculté de Médecine de Limoges
Ancien Assistant des Hôpitaux de FRANCE
**SPECIALISTE DES MALADIES DU COEUR
ET DES VAISSEAUX**

82, Rue Soumaya Angle Bd . Abdelmoumen
(Immeuble RENAULT) Casablanca

☎: 05 22 98 72 37 / 05 22 25 26 19



الدكتور أحمد الكيفاني

إختصاصي في أمراض القلب و الدورة الدموية
خريج كلية الطب بليموج

82، زنقة سمية - شارع عبد المومن
(عمارة رونو) - الدار البيضاء

☎: 05 22 98 72 37 / 05 22 25 26 19

Sur Rendez-vous

بالموعد

Casablanca, le 26/06/2023 في الدار البيضاء

Mme CHAFIK MOUNIRA

→ Régime du Sale

71,50 x 3

→ HYPERIL

le matin (10)

03 mai

21450

Pharmacie
et Angl

MAMLID
Katir
Saghir
022231706

Dr. EL KIFANI Ahmed
CARDIOLOGUE
82, Rue Soumaya - Casablanca
Tél.: 05 22 98 72 37
ICE: 001748483000000
INPE: 091056705

30X45X117

4

Hydrochlorothiazide (DCI) : 12,5 mg par comprimé.

Excipients q.s.p un comprimé.

Excipient à effet notoire : Lactose.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Lire la notice avant utilisation.

A conserver à une température inférieure à 25°C.

71,50

Hyporil®

Enalapril maléate 20 mg / Hydrochlorothiazide 1

Voie Orale

30 comprimés



TECNIMED GROUP

30X45X117

4

Hydrochlorothiazide (DCI) : 12,5 mg par comprimé.

Excipients q.s.p un comprimé.

Excipient à effet notoire : Lactose.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Lire la notice avant utilisation.

A conserver à une température inférieure à 25°C.

71,50

Hyporil®

Enalapril maléate 20 mg / Hydrochlorothiazide 1

Voie Orale

30 comprimés



TECNIMED GROUP

30X45X117

4

Hydrochlorothiazide (DCI) : 12,5 mg par comprimé.

Excipients q.s.p un comprimé.

Excipient à effet notoire : Lactose.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Lire la notice avant utilisation.

A conserver à une température inférieure à 25°C.

71,50

Hyporil®

Enalapril maléate 20 mg / Hydrochlorothiazide 1

Voie Orale

30 comprimés



TECNIMED GROUP

CABINET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

DR. A.ELKIFANI

PATIENT : Mme CHAFIK MOUNIRA (81ans)

DATE : 26/06/2023

INDICATION : dyspnée d'effort / HTA

ECHOCARDIOGRAPHIE 2D + TM

Le ventricule gauche : non dilaté (4/25mm). Cinétique pariétale normale. La fonction systolique est normale : **FEVG estimée à 72%**. Hypertrophie septale modérée (13mm).

L'oreillette gauche : non dilatée (20cm²)

Les cavités droites : non dilatées. La fonction systolique du VD est normale

L'aorte : dimensions normales et ouverture normale des sigmoïdes.

La valve mitrale : normale. Les valves tricuspide et pulmonaire : normales

Le péricarde : normal. Pas de thrombus intra cavitaire

La VCI : non dilatée (13mm) et se collabe bien à l'inspiration

ETUDE DOPPLER : PULSE, CONTINU et COULEUR

FLUX MITRAL : normal. TDE =210ms. TRIV =100ms. DTI normal

FLUX AORTIQUE : normal

FLUX TRICUSPIDE : IT grade 1/4: PAP systoliques normales

FLUX PULMONAIRE : normal

CONCLUSION

Maladie hypertensive sans retentissement sur les fonctions ventriculaires gauches systolique et diastolique. Les pressions de remplissage sont normales.

Dr. EL KIFANI Ahmed
CARDIOLOGUE
82, Rue Soumaya - Casablanca
Tél : 05 22 98 72 37
TCE : 001748483000083
INPE : 091056705

Nom: CHAFIK MOUNIRA

Date de naissance: 07/10/1942

Sexe: Féminin

Poids: -

Taille: -

Identifiant: CHAFIK MOUNIRA

Médecin: cardio DR ELKIFANI AHMED

Raison sociale:

Téléphone: 0522987237

Temps d'enregistrement: 26/06/2023 12:25:23

1/1

25 mm/s
10 mm/mV

┐ : Arrêt ┘ : Marche ┘ : Marche HR: 78 bpm

0 sec. - 8 sec.



Artère Sténosée
ECG MOUNIRA

Dr. ELKIFANI Ahmed
CARDIOLOGUE
82, Rue Soumaya - Casablanca
Tél : 05 22 98 72 37
ICE : 001748483000083
INPE : 091056705

DR = 240 mmHg
80

Docteur Ahmed ELKIFANI
CARDIOLOGUE
Inscription au CROM : 16331/97
82, rue Soumaya / Bd. Abdelmoumen
Maarif ; Casablanca ; MAROC
Tel : 0522987237/0522252619

Casablanca le : 26.06.2023

PATIENT : Mme CHAFIK NOUENIRA

Facture N° :

FACTURE POUR

CONSULTATION + ECG : 300.00

ECHODOPPLER CARDIAQUE : 800.00

ECHODOPPLER VASCULAIRE :

HOLTER TENSIONNEL :

HOLTER ECG (RYTHMIQUE) :

TOTAL = 1100.00

Dr. A. ELKIFANI

Dr. EL KIFANI Ahmed
CARDIOLOGUE
82, Rue Soumaya - Casablanca
Tél. : 05 22 98 72 37
ICE : 001748483000083
INPE : 091056705

IF : 42504628 / ITP : 34772345 / ICE : 001748483000083

INPE : 091056705