

## 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0041741

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5754 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : R. GUIBI SAÏD  
Date de naissance : 09.02.57  
Adresse :  
Tél : 0661236344 Total des frais engagés : 732,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24/01/24  
Nom et prénom du malade : R. GUIBI SAÏD Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : tachycardie sinusale  
Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC 2 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 24/01/24

### 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

Autorisation CNDP 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
24-01-2014	Consultation Cardioréna		350,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur

Date

Montant de la Facture

24/01/2014

382,10

# 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

A M

P C

I M

I V

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

## SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

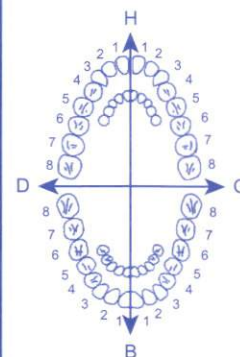
Coefficient

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION



## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

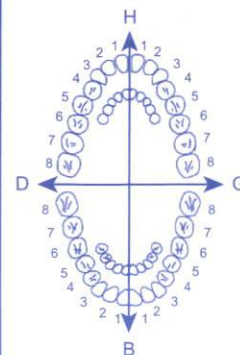
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
HUICK

المستشفى الجامعي  
الدولي الشيخ خليفة



وصفة طبية

Ordonnance

24-01-24

Casablanca, le :

*Dr El Bouhri Rbichi*  
*Sauv*



6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS

7862160246



6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS

7862160246



6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS

7862160246

$50,70 \times 3 = 152,10$

*4 Cardensiel*

$115,00 \times 2 = 230,00$

*4 Aravays*

*1 pilule / 5*

$382,10$

*Dr El Bouhri Rbichi*

PHARMACIE MASJID C.I.  
Dr. Soudi Lotfi  
N°22, Lotissement  
Hay Hassani, Casablanca 2073

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 115,00 DHS  
ID: 651173  
6 118001 142262

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr EL GHALI MOHAMED BENOUKA  
Cardiologue



Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca - Maroc  
Standard 24H/24 : +212 529 004 477 • Prise de RDV : +212 529 004 466 • SAMU : 2477/+212 608 873 367  
Urgences : +212 608 982 871 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## FACTURE

Date : 24/01/2024  
Numéro : 12 878



090061862

Nom patient : EL BOULLI RGUIBI SAID

Médecin : DR. BENOUNA EL GHALI MOHAMED  
Cardiologie

2400818055

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION AVEC ELECTROCARDIOGRAMME (E	350,00

Total	350,00
Arrêtée la présente à la somme de : TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS	

Hôpital Universitaire International  
Cheikh Khalifa  
Consultation Cardiologie



Axes:

P 38 •

QRS -5 °

T 29 •

Intervall:

RR 1008 mS

P 130 ms

PQ 162 ms

QRS 86 ms

QT 392 ms

QTC 392 ms

P (II) 0.14 mV

S (U1) -0.46 mV

R (V5) 0.81 mV

Sokol. 1.60 mV

..... M / F  
Age: .....  
..... cm / ..... kg

RYTHME SINUSAL  
POSITION GAUCHE  
ECG DANS LES LIMITES DE LA NORMALE

5.79

RAPPORT NON-CONFIRME

TH 11/9/81  
M. EL BOULLI  
RGUIRI  
Said

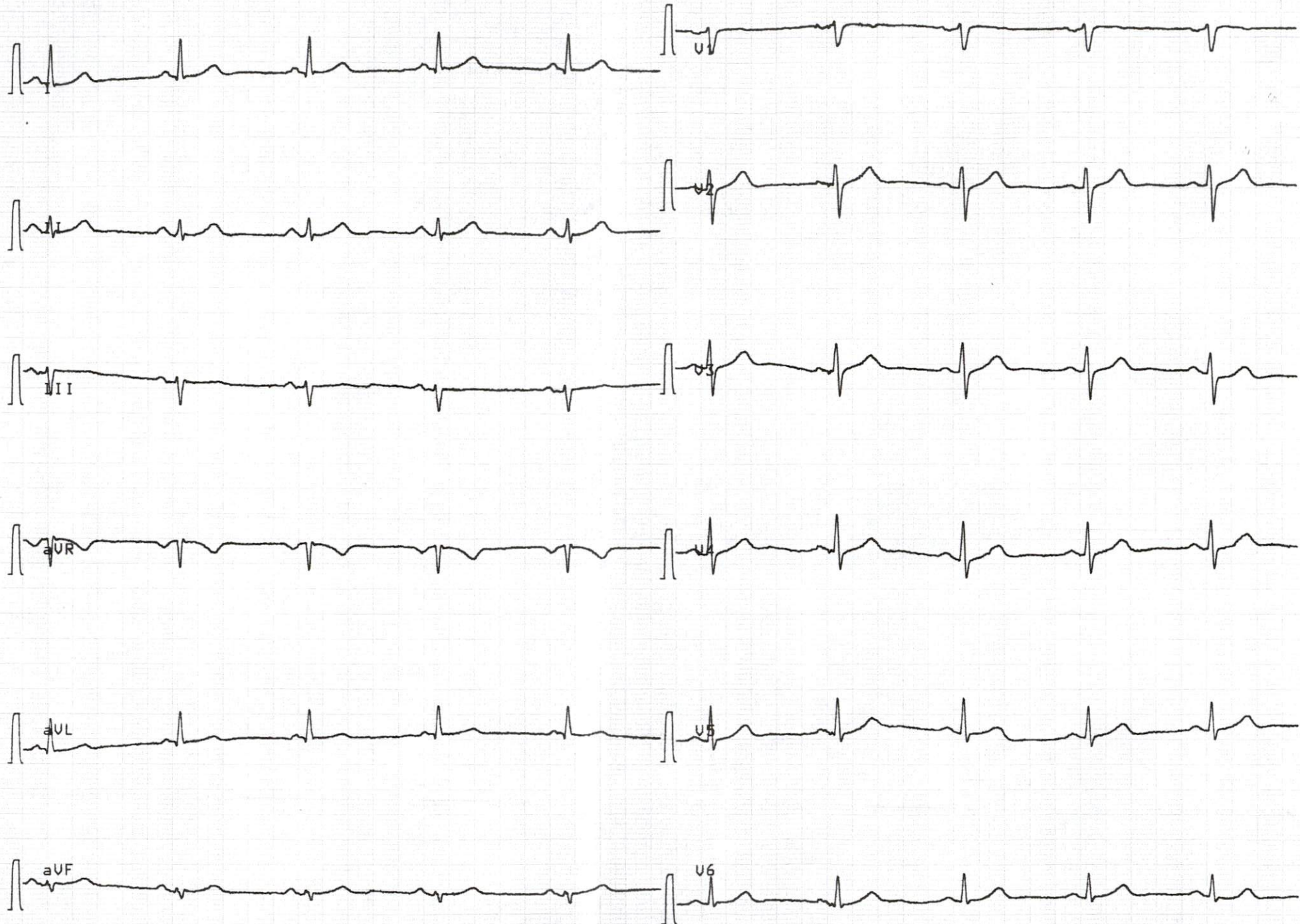
Pr EL CHALI MORANE BENICHA  
Cardiologue  
061303632

	I	II	III	aVR	aVL	aVF	V1	V2	V3	V4	V5	V6
P (mV)	0.12	0.14	0.07	-0.13	0.07	0.09	-0.05	0.05	0.07	0.08	0.08	0.08
Q (mV)	-0.09	-	-	-	-0.11	-	-	-	-	-	-	-
Qd (ms)	12	-	-	-	12	-	-	-	-	-	-	-
R (mV)	0.86	0.33	0.13	0.03	0.70	0.09	0.09	0.43	0.62	0.85	0.81	0.64
Rd (ms)	42	44	14	8	48	16	20	36	40	42	40	40
S (mV)	-0.04	-0.14	-0.56	-0.58	-0.02	-0.20	-0.46	-0.78	-0.64	-0.43	-0.20	-0.08
Sd (ms)	10	18	48	38	22	44	66	44	42	40	28	20
R' (mV)	0.04	0.06	0.04	0.08	-	0.04	-	-	-	-	-	-
R'd (ms)	18	20	22	16	-	20	-	-	-	-	-	-
S' (mV)	-	-	-	-0.05	-	-	-	-	-	-	-	-
S'd (ms)	-	-	-	18	-	-	-	-	-	-	-	-
J (mV)	0.03	0.03	0.00	-0.03	0.01	0.02	-0.03	-0.01	-0.03	0.00	0.02	0.03
ST (mV)	0.02	0.04	0.02	-0.03	0.00	0.03	0.02	0.05	0.03	0.05	0.04	0.03
T (mV)	0.25	0.29	0.01	-0.27	0.10	0.16	-0.02	0.34	0.29	0.32	0.29	0.25
T' (mV)	0.04	-	0.06	-	0.01	-	-	0.04	0.05	0.08	0.07	0.05

10 mm/mV

10 mm/mV

FC: 60/min



25 mm/s

0.05-35Hz F50

Me 24-JAN-24 18:03:00

AT-102 1.37 Ctm



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :  
VALABLE UN AN

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :

Matricule :

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins :

Adhérent

Conjoint

Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

R GUIBI SAID

Nécessitant un traitement d'une durée :

☐ < 3 mois

☐ Entre 3 et 6 mois

☒ A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Insuffisance cardiaque chronique

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Carbamil 250g = 1 p/j

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

le

24/01/24

Cachet et signature du médecin traitant :

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr EL GHALI MOHAMED BENOUNA  
Cardiologie  
061303632

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées