

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 canalaire, 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 canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **2647**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

REHAREF - EL MOSTAFA

03 NOV 1957

Date de naissance :

301 BD. GHANOZ N° 09

Adresse :

RIVIERA CASA MARAF

Tél. :

066189251

Total des frais engagés :

1774,00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

22/11/2014

Nom et prénom du malade :

IMARZOUI - Samia

Age : **64**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

CHRONIQUE

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'at^hme décret de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **22/11/2014** Le : **22/11/2014**

Signature de l'adhérent(e) : **DR MERZOUK**

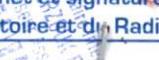
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
22-02-20	Consultation Chirurgie Chirurgie Chirurgie	3	350,00	11/02/2020 PROF. DR. MED. ERNST WILHELM 30358 HAMBURG NPE: 09201057c

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/12/2024	624.-D

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	22.02.2014	E71	800,-

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

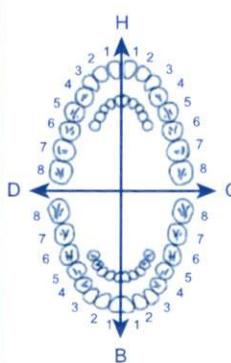
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

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



[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

22/2/2024

Mme IMANSOURA SOUAD

Convenm 5 / Rmp

3 + 60 ml



ref / T

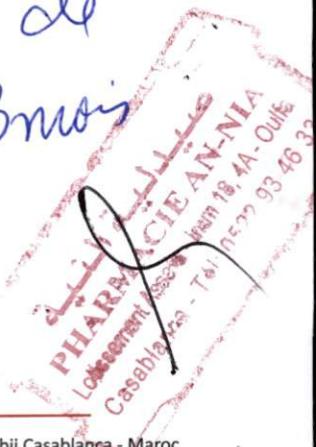
R.O Dr ABOURABD

624.0



M de

03 mois



208,00

50

208,00

208,00



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le : 22/12/2024

Mme IMA N SOURA SOUAD

Age = 62 ans

FDRWd=
HTA + BPO

Prise de médicaments

+ hypertension mal équilibrée

et une SVP Echocardiogramme

P.O. Dr. ABOURADJ

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Centre Hospitalier Universitaire Hassan II Casablanca
BP 82403 CASA OUM RABII Casablanca - Maroc
Tél : +212 529 004 477 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

Date : 22/02/2024
Numéro : 30 639



Nom patient : IMANSOURA SOUAD

Médecin : DR. ABOURADI SARA
Cardiologie

2400835932

PAYANTS

	Montant
ÉCHOGRAPHIE-DOPPLER TRANSTHORACIQUE DU C	800,00

Total 800,00
Arrêtée la présente à la somme de : HUIT CENTS DIRHAMS

L'Hôpital Universitaire Internationale
Cheikh Khalifa
Génération Cardiologie

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 240222121434SA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400835932	IMANSOURA SOUAD	22/02/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	8567	800,00
	Total payé	800,00

Reçu établi par : SAN.WAK

Hopital Universitaire Internationale
Cheikh Khalifa
Consultation Cardiologie

SERVICE MEDICAL DE CARDIOLOGIE
TEL DIRECT: 0529 050 234

Casablanca le 22/02/2024

Information patient

Nom : Mme IMANSOURA SOUAD

COMPTE RENDU D'ECHO CARDIOGRAPHIE

- VG non dilaté, siège d'une HVG concentrique minime de bonne contractilité globale et segmentaire FEVG : 60%
- PM type anomalie de relaxation E/A = 0.7, PRVG non élevées E/E' moyen = 9
- Oreillette gauche dilatée Oreillette droite non dilatée libres d'échos.
- Valve aortique à 3 cusps sans fuite ni sténose.
- Valve mitrale fine, siège d'une IM minime sans sténose.
- VD non dilaté, de bonne fonction systolique longitudinale TAPSE à 24mm
- IT minime estimant les PAPS à 16 + 3mmHg.
- VCI non dilatée et compliant.
- Péricarde sec

CONCLUSION

Aspect de cardiopathie hypertensive FEVG : 60%

PRVG non élevées.

Absence de valvulopathie significative

Bon VD Pas d'HTP.

Signé: DR ABOURADI SARA

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

Date : 22/02/2024
Numéro : 30 498



090061862

Nom patient : IMANSOURA SOUAD

Médecin : DR. ABOURADI SARA
Cardiologie

2400835777

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION AVEC ELECTROCARDIOGRAMME (E)	350,00

Total	350,00
<i>Arrêtée la présente à la somme de :</i> TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS	

DR. ABOURADI SARA
Cardiologue
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 240222105627SA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400835777	IMANSOURA SOUAD	22/02/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	8563	350,00
	Total payé	350,00

Reçu établi par SAN WAK

Génération Cardiologie
Cheikh Khalifa
Hôpital Universitaire Internationale

imansoura
souad

.....
29-08-1960 Féminin
63 ans
166 cm / 112 kg

FC: 70/min Axes:
P 16 °
Intervalles: QRS 11 °
RR 861 ms T 26 °
P 122 ms P (II) 0.12 mV
PQ 174 ms S (V1) -0.63 mV
QRS 84 ms R (V5) 0.84 mV
QT 366 ms Sokol. 1.63 mV
QTC 398 ms

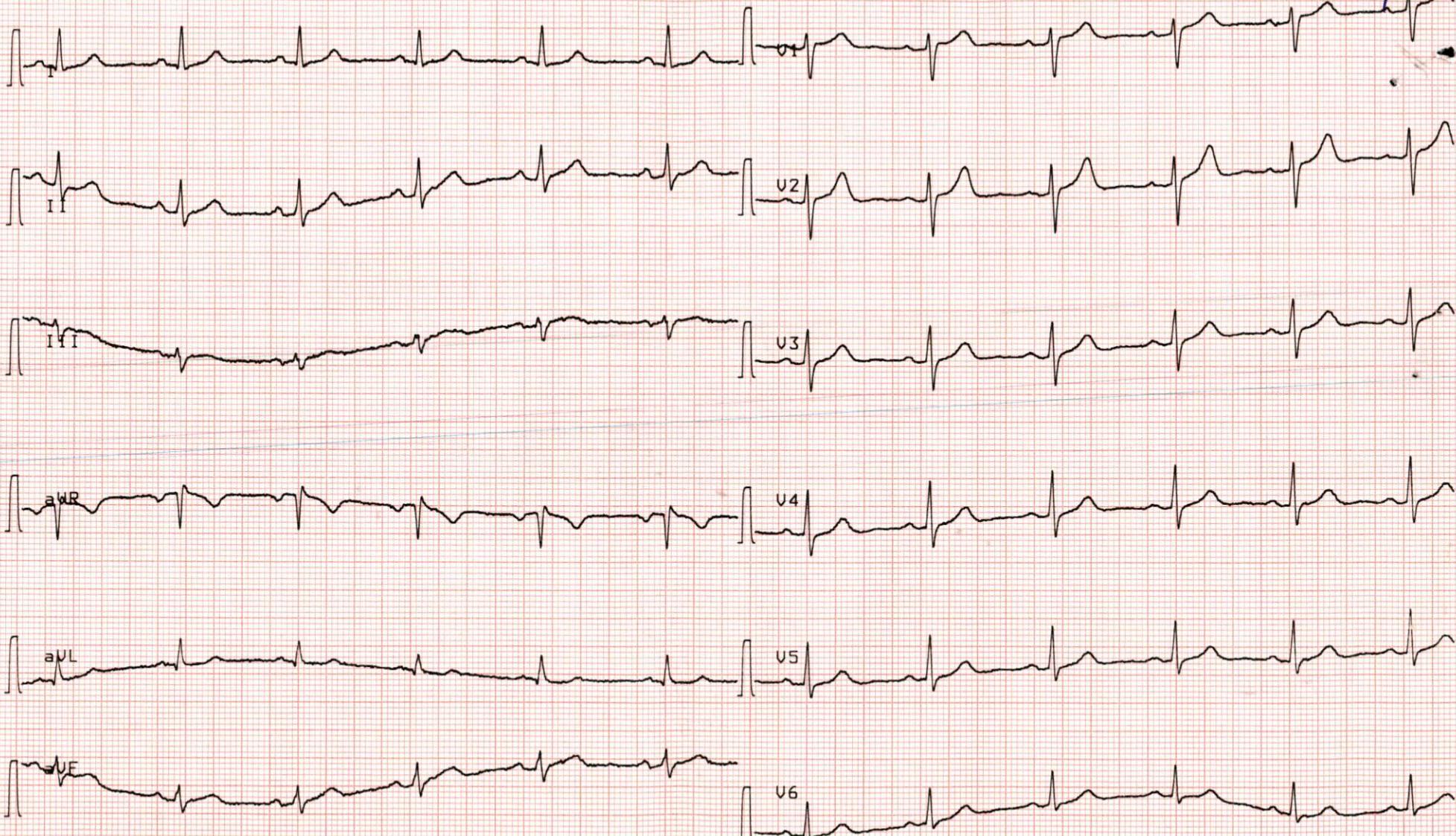
RYTHME SINUSAL
ECG NORMAL

RAPPORT NON-CONFIRME

TA 167/103
TA 166/104

10 mm/mV

10 mm/mV



25 mm/s

0.05-35Hz F50

Je 22-FEV-24 12:31:50

AT-102 1.37 Ctm

