

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 canaux, 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 canaux.

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0043832

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2374 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FAROUK HAFIDA

Date de naissance :

Adresse :

Tél : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05 / 09 / 2022

Nom et prénom du malade : FAROUK HAFIDA Age :

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

Nature de la maladie : HTA chronique + dyslipidémie

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 : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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° : 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
05-09 2013	CIS		cratuit	
20-09 2013	CIS ECG		300 DH 50 DH	

249, Rés. El Vase
Appt N° 1, Bd Vase
Casablanca - Tél. : 05 39 11 11 11

[illegible]

Date _____

Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	06/09/23	B: 170 + PAT	252.800

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires[illegible]

**Cachet et signature
du Praticien**

Date des Soins

Nombre

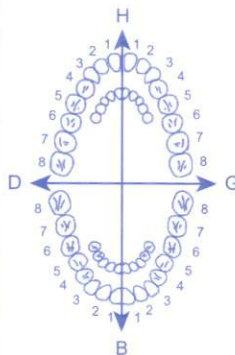
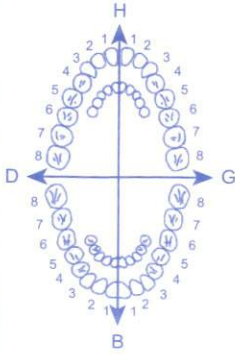
Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ DES SOINS ET HONORAIRES

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

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															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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

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 TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- Lauréate de la Faculté de Médecine de Casablanca
- Médecin Attaché à l'Hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca
- Ancien Médecin interne au CHU Ibn Rochd de Casablanca
- Diplômée en Echo doppler de l'université Bordeaux II
- Diplômé en Exploration de système nerveux autonome Rabat

- خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
- طبيبة بمستشفى الشيخ خليفة بالدار البيضاء
- طبيبة داخلية سابقا بالمراكز الإستشفائية ابن رشد الدار البيضاء
- بور دو فرنسا / لينج بلجيكا
- حاصلة على شهادة فحص القلب بالصدى من جامعة بور دو بفرنسا
- حاصلة على شهادة فحص الجهاز العصبي اللاإرادي من جامعة ابن سينا بالرباط

Casablanca le :

20/9/2023

PHARMACIE DES STADES 2010
50, Rue Al Fourat - Casablanca
Tél : 05 22 25 49 25
RC : 245509 - Pte.: 35873067
IF : 40436642

Fanouk Hafida

1) Régime peu salé

(S.V)

2) Coregm 5/5 1/2 - 0 - 0
208,00

3) PHARMACIE DES STADES 2010
50, Rue Al Fourat - Casablanca
Tél : 05 22 25 49 25
RC : 245509 - Pte.: 35873067
IF : 40436642

416,00

4 3mn

Dr NASSIRI Ichraq
Cardiologue
249 Rés. El Mansour - Etage
Appt N°1, Bd Yacoub El Mansour
Casablanca - Tél.: 0522 39 76 70

ne pas arrêter jusqu'au prochain rendez-vous

عدم توقف الوصفة حتى الموعد المقبل

249، إقامة المنصور الطابق الأول، رقم 1 شارع يعقوب المنصور - الدار البيضاء

249, Résidence El Mansour, 1er étage Appt N°1 Bd Yacoub El Mansour - Casablanca

Tél.: 05 22 39 76 70 - 06 69 16 79 04 - E-mail: ichraqnassiri1@gmail.com

05-03-2023

Bilan Biologique

Nom/Prénom :

Age :

Sexe : ☒ M ☐ F

Hématologie

- ☐ NFS
☐ Plaquettes
☐ VS
☐ CRP
☐ Hémoculture

Bilan martial

- ☐ Fer sérique
☐ CTF
☐ Ferritine
☐ Transferrine

Hémostase

- ☐ Temps de Prothrombine
☐ TCK
☐ Fibrinogène
☐ INR

Glucose

- ☐ Glycémie à jeun
☐ PP
☐ Hyperglycémie pa VO
☐ Hémoglobine glyquée

Inogramme sanguin

- ☐ Na+
☐ K+
☐ Cl-
☐ Ca++
☐ Phosphore
☐ Mg++
☐ Bicarbonates (HCO3-)
☐ Urée
☐ Créatinine
☐ Acide Urique

Bilan lipidique

- ☒ Cholestérol total
☒ Cholestérol HDL
☒ Cholestérol LDL
☒ Triglycérides

Fonction hépatique et enzymologie

- ☐ D-Dimères
☐ Amylasémie
☐ Bilirubine libre et conjuguée
☐ Phosphatases alcalines (PAL)
☐ LDH
☐ Transaminases (ASAT, ALAT)
☐ Gamma-GT
☐ CPK (Créatine Phosphokinase)
☐ Troponine
☐ Electrophorèse des protéines EPP
☐ BNP
☐ Protidémie
☐ Albumine
☐ TSH

Ionogramme urinaire

- ☐ Ca++
☐ Phosphore
☐ Na+
☐ K+
☐ Cl-
☐ Urée
☐ Créatinine

Autres :

Groupage sanguin

- ☐ ABO
☐ Rhésus
☐ RAI

Sérologie et immunologie

- ☐ VDRL - TPHA
☐ Hépatite B
☐ Hépatite C
☐ Facteur Rhumatoid:
(Latex, Waaler Rose)
☐ Anticorps anti-nucléaires
☐ Anticorps Anti-DNA natif
☐ ASLO
☐ Dosage du Complément
C3 - C4 - CH50

Examen des Urines

- ☐ Protéine de 24h
☐ ECBU (+Antibiogramme)
☐ Microalbuminurie de 24h

Laboratoire d'Analyses de Biologie Médicale Bir Anzarane

117, Bd Bir Anzarane 20 100 Maarif Casablanca

Tél : 05 22 99 46 63/ 05 22 25 82 05 Fax : 05 22 98 09 11

ICE : 001748386000083

Patente : 35870583

IF : 01006693

CNSS : 7070999

Compte bancaire : BMCI Casa Normandie

RIB : 013 780 01802 000329 001 80 48

INPE : 093001196

Casablanca le : 06-09-2023

Mme Hafida FAROUK

FACTURE N°	2309061037
------------	------------

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
0110	Cholestérol HDL +LDL	B80	B
PS	Prélèvement sang	E25	E
9105	FORFAIT DE SECURITE POUR ECHANTILLON SANGUIN	E0	E
	Cholestérol Total	B30	B
0134	Triglycérides	B60	B

Total de B : 170

TOTAL DOSSIER	252.80 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cent cinquante-deux dirhams quatre-vingts centimes

Laboratoire d'Analyses de Biologie Médicale
Bir Anzarane - Casa
117 Bd Bir Anzarane - Casa
ICE : 001748386000083
INPE : 093001196



Prescripteur : . .

Dossier ouvert le : 06-09-2023 09:20

Edité le : 06-09-2023

Réf : 2309061037

Mme FAROUK Hafida

Compte Rendu d'Analyse

Laboratoire certifié AFNOR ISO 9001:2015 N°2 020/85901

Page 1 / 1

BIOCHIMIE SANGUINE

Roche Cobas 6000

Cholestérol total:	1.51 g/l	(<2.00)	13-05-2023
	3.91 mmol/L	(<5.17)	2.13
Cholestérol HDL:	0.53 g/L	(>0.40)	13-05-2023
	1.37 mmol/L	(>1.03)	0.69
Cholestérol LDL:	0.75 g/L	(<1.60)	13-05-2023
	1.94 mmol/L	(<4.14)	1.26
Triglycérides:	1.16 g/L	(0.40-1.50)	13-05-2023
	1.32 mmol/L	(0.46-1.71)	0.91

Fin du compte rendu

Biologistes Responsables :

- Dr. A. AZEDDOUG

- Dr. N. BAAJ

Laboratoire certifié AFNOR ISO 9001:2015 n°2020/85901

Dossier valide

LABORATOIRE D'ANALYSES
DE BIOLOGIE MEDICALE
BIR ANZARANE - Casa
117, Bd. Bir Anzarane - Casa
Tél: 0522 99 46 63 / 0522 25 82 05 / 06 61 80 77 96 - Fax : 0522 98 09 11
Site Web : labobiranzarane.com
INPE: 095001196

AUTO 10mm/mV



25mm/s AC50Hz+EMG35Hz+DFT

10mm/mV



2023-09-20 13:19

Fares Hafida

ID: _____
 Nom: _____ Sexe: _____ Age: _____
 Taille: _____ cm Poids: _____ kg SYS/DIA: _____ / _____ mmHg
 FC [bpm]: 70
 Intervalle PR [ms]: 170
 Durée P [ms]: 135
 Durée QRS [ms]: 90
 Durée T [ms]: 190
 QT/QTc [ms]: 392/425
 Axe P/QRS/T [deg]: 53.0/45.3/41.8
 R(V5)/S(V1) [mV]: 0.53/0.44
 R(V5)+S(V1) [mV]: 0.96

$P.A = GT = 132 / 72 \text{ mmHg}$
 $W = 163 / 84 \text{ mmHg}$
 $F.C = 96 \text{ bpm}$
 $SpO_2 = 89\%$

DR NASSIRI Ichraq
 Cardiologue
 249, Rés. El Mansour 1er Etage
 App. N° 1, Bd Yaacoub El Mansour
 Casablanca - Tél: 0522 39 77 77

<<Conclusions>>
 Ryth. sinusoidal norm.;
 Axe électrique cour normal;
 Le rapport doit être confirmé par un médecin

Médecin _____