

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.

Biologie 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.

Prothèse :

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

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



ND: 32489

Déclaration de Maladie : N° P19-0009420

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4146 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : FAIKI LATIFA Date de naissance : 01/04/1959
Adresse : 21 ALLAYMOUVE CASA
Tél : 0668487546 Total des frais engagés : 1758.80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/06/2020
Nom et prénom du malade : FAIKI LATIFA Age : 61
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
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 : 15/06/2020 Le : 15/06/2020
Signature de l'adhérent(e) : 2020

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0009420

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 4146
Nom de l'adhérent(e) : FAIKI
Total des frais engagés : 1758.80
Date de dépôt :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 15/06/2020 | CS, ECB | | 350 DH | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|--|
| PHARMACIE JERRABA 61, Bd Abderrahim Bouabid Oasis - Casablanca Tél: 0522 23 54 49 / 05 22 99 47 20 | 15/06/2020 | PHARMACIE JERRABA 61, Bd Abderrahim Bouabid Oasis - Casablanca Tél: 0522 23 54 49 / 05 22 99 47 20 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| | 24/06/20 | ECB Cetux | 900 DH |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

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

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

| 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | Coefficient DES TRAVAUX |
| H | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 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



84,80

PPV: 84DH80
PER: 10/22
LOT: 12492



84,80

ce

15.6.20

84,80

PPV: 84DH80
PER: 10/22
LOT: 12492

Nadif Taie

84,80

PPV: 84DH80
PER: 05/22
LOT: 11312

Pregor 10



84.80
 $\times 6 =$ 248
108.80

84,80

PPV: 84DH80
PER: 07/22
LOT: 11653

CIE JERRADA
Boulevard Mohamed Taieb Naciri
BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca
Tél: +212 529 004 466 • Fax: +212 529 038 868 • www.hck.ma

84,80

PPV: 84DH80
PER: 07/22
LOT: 11653

Hôpital Universitaire Inter-
P. Assistant ELHADJ
CARDIOLOGIE
121201250

Centre
Monétique
Interbancaire

22/06/20, 11:12:26

9900397820

93978201

HOP CHEIKH KHALIFA G4

Casablanca

A00000000032010

APP : VISA

MME FAIKI LATIFA

xxxxxxxxxxxxxx6514

11/21 CARTE NATIONALE

723D5B759AA4F258

621-0-9999-1-44

MONTANT: 900,00 MAD

NUM TRANSACTION : 003

NUM AUTORISATION: 242426

STAN : 008788

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 57 570 / 2020 du 22/06/2020

Nom patient : **FAIKI LATIFA**

Entrée 22/06/2020

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 22/06/2020

| | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|-----------------------|--------|------------|---------------|---------|
| PRESTATIONS INTERNES | | | | |
| ECHODOPPLER CARDIAQUE | 1,00 | | 900,00 | 900,00 |
| | | | Sous-Total | 900,00 |
| Total Frais Clinique | | | | 900,00 |

| | |
|---|--------------|
| Arrêtée la présente facture à la somme de : | |
| NEUF CENTS DIRHAMS | Total 900,00 |
| | |

| | | | | | | |
|---------------|--|--|----------|--|----------------|-------|
| Encaissements | | | Carte Bq | | Total encaissé | Solde |
| | | | 900,00 | | 900,00 | 0,00 |

Hôpital Universitaire International
Cheikh Khalifa
Consultation Cardiologie

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

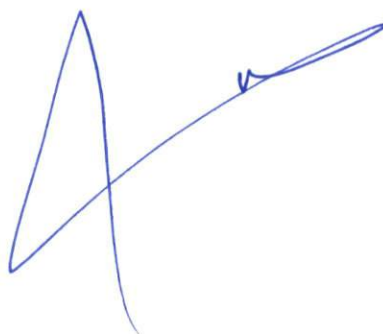
MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2006221119545890 / 1 / 0

| Numéro admission | Nom du patient | Date encaissement |
|------------------|----------------|-------------------|
| 2000218945 | FAIKI LATIFA | 22/06/2020 |

| Mode paiement | Références du paiement | Montant Dhs |
|--------------------|------------------------|-------------|
| CarteB | 8788 elle-même | 900,00 |
| PAYANT | Total payé | 900,00 |
| NEUF CENTS DIRHAMS | | |

Reçu établi par : KEN.ADD



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

22/08/20

Ech
Clem



SERVICE MEDICAL DE CARDIOLOGIE
TEL DIRECT: 0529 050 234

Casablanca le 22/06/2020

Information patient

IPP :

Nom : FAIKI LATIFA

ECHOCARDIOGRAPHIE TRANS-THORACIQUE

| | | | |
|------------|---------|-------------|-------------------|
| DTD VG | 43 mm | Diamètre OG | 39 mm |
| DTS VG | 20 mm | Surface OG | 14cm ² |
| SIVD VG | 9 mm | Surface OD | 12cm ² |
| PPD VG | 9 mm | E/e' | 6 |
| FE simpson | 65 % | Aorte | 28/24/38mm |
| ITV ss Ao | 24 cm | VCI | 16mm |
| S' VD | 12 cm/s | TAPSE | 18mm |

- VG non dilaté, non hypertrophié, de bonne fonction systolique globale et segmentaire 65%
- Pressions de remplissage du VG sont normales ce jour.
- Oreillettes non dilatées libre d'écho
- VD non dilaté de bonne fonction systolique .
- IT non exploitable , pas de signe d'HTP
- VCI fine COMPLIANTE.
- Péricarde sec
- Aorte ascendante et abdominale non dilatée .

Bonne fonction systolique du VG et du VD, FEVG 65%

Pas de valvulopathie significative

Les pressions de remplissage sont normales ce jour

PAPS 17+5 mmHg

Péricarde sec

Signé: Pr ass. EL OUARRADI A

Date : 15.06.2016...

Quittance - Paiement espèces

0481313

IPP :

N° D'admission : 200216688 Montant : 350 DH

Patient : FAIKI LATIFA

Cachet

F A C T U R E

N° 55 054 / 2020 du 15/06/2020

Nom patient : **FAIKI LATIFA**

Entrée 15/06/2020

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 15/06/2020

| | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|---|--------|------------|---------------|---------------|
| <i>PRESTATIONS INTERNES</i> | | | | |
| - Consultation avec électrocardiogramme | 1,00 | | 350,00 | 350,00 |
| | | | Sous-Total | 350,00 |
| Total Frais Clinique | | | | 350,00 |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS

Total 350,00

| | Espèces | | | | Total encaissé | Solde |
|---------------|---------|--|--|--|----------------|-------|
| Encaissements | 350,00 | | | | 350,00 | 0,00 |

Signature

Hopital Universitaire International
Cheikh Khalifa
Consultation Cardiologie

Id :
Latifa, Faiki
Indéfini --- (---) Indéfini
Taille : 0 cm Poids : 0 kg TA : 0/0 mmHg

Méd. :
Technicien :
Commentaires :

15/06/2020 16:54:48

FC: 71 bpm
PR: 154 ms
QRS: 70 ms
QT/QTc: 370/389 ms
QTcB: 402 ms
QTcF: 391 ms

R_{VS-6}/S_{V1} : 0.29/--- mV
Sok-Lyon : 0.29 mV
Axe: 36/-45/39 °

Rythme sinusal

--- Interprétation effectuée sans connaître l'âge/sexe du patient ---

Bloc du faisceau antérieur gauche

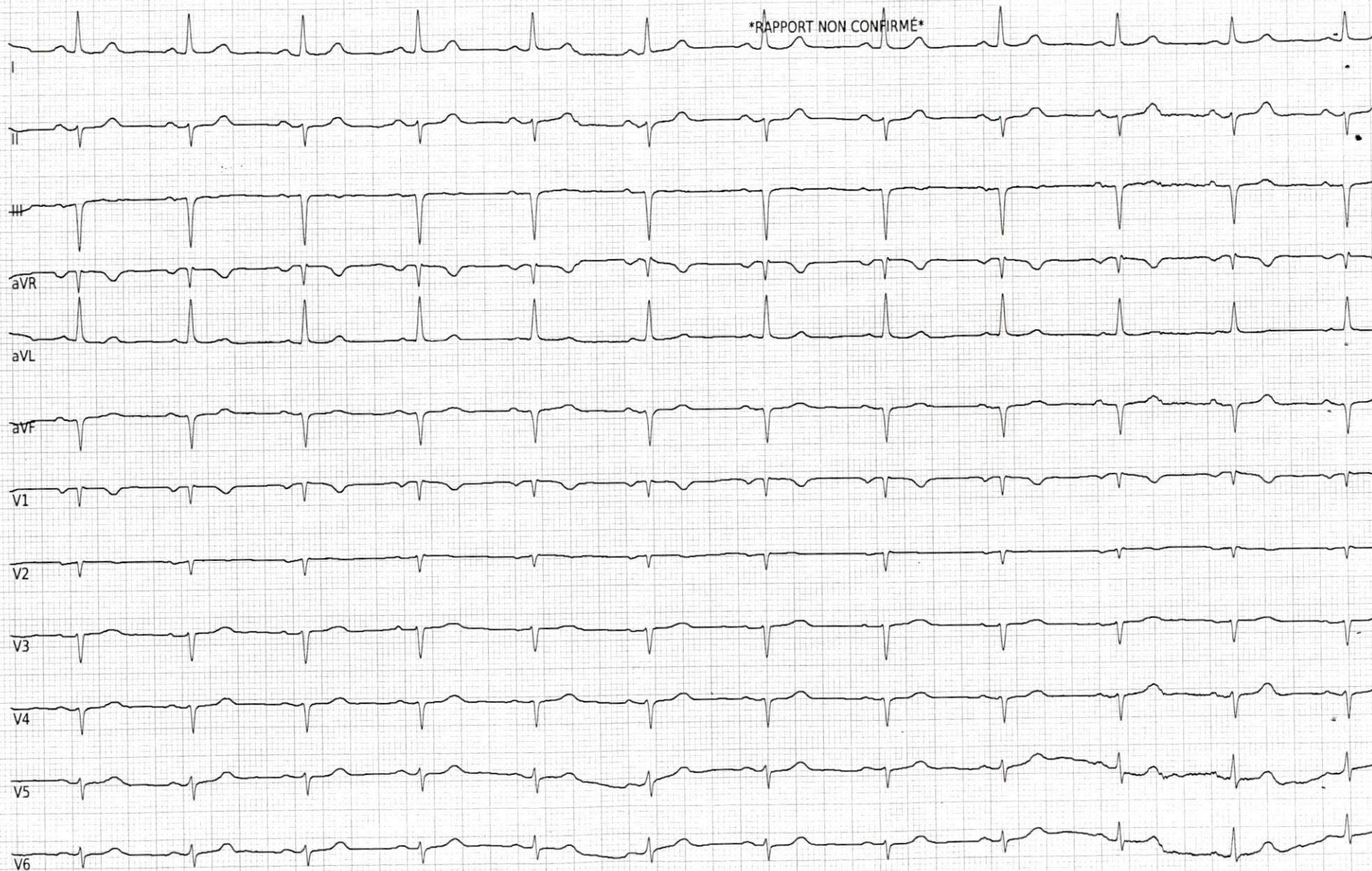
Progression onde R faible

Anomalie onde T septale n'est pas spécifique

Tensions QRS faibles dans dérivations précordiales

ECG limite

RAPPORT NON CONFIRMÉ



Dép. :

25mm/s 10mm/mV LP:25Hz AC:50Hz Cardioline ECG200S v.2.11.7693

