

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W19-525402

39358

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	SABGR
Nom & Prénom : SABGR Hafsatul			
Date de naissance : 01/07/1963			
Adresse : 38 Rue Abd el Fathi Ben Ghrib			
Tél. : 0663.24.90.67 Total des frais engagés : 14 611,10 DHS			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 25/06/2020			
Nom et prénom du malade : SABGR FATHIMA Age:			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> qui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Gastro-entérologie			
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 : / /

ADHERENT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
25	CS		950 DH	INP: 091042017
06	Ectrodoppler		450 DH	
2020	Cardiologie		450 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/06/2020	404,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Laboratoire d'Analyse et de Radiologie M. A. B. A. S. A. C. M. N. J. L. N. O. R. S. S. I. N. C. Prince Moulay Abdellah 22/11/95. F. S.	01/07/2020	B. M. D. S.	3600 Laboratoire d'Analyse et de Radiologie M. A. B. A. S. A. C. M. N. J. L. N. O. R. S. S. I. N. C. Prince Moulay Abdellah 22/11/95. F. S.

AUXILIAIRES MEDICAUX

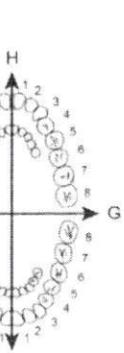
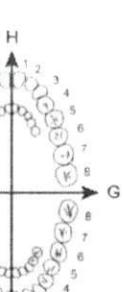
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
																	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35532411</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35532411		<input type="text"/>
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
B	00000000	11433553															
G	35532411																
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

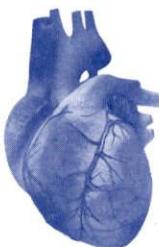
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO VASCULAIRES

Dr. Abdelkhalek CHOULADI
CARDIOLOGUE

Spécialiste Maladies du Cœur et Vaisseaux
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris
Diplômé de Cardiologie Adulte et Pédiatrique
Ex. Attaché des Hôpitaux de Paris
Diplômé d'Echographie - Doppler Cœur Vaisseaux



الدكتور عبد الخالق شوادي
طبيب القلب
إختصاصي في أمراض القلب والشرايين
الدورة الدموية وإرتفاع الضغط الدموي
خريج كلية الطب بباريس
الكشف بالأمواج مأ فوق الصوتية والصدري لقلب

Le 25.06.2022

Bilan Biologique

Nom / Prenom : SARAFI Fatma

Age : - Sexe : H F

NFS, VS, CRP

ASLO

Lonogramme sanguin

GOT/GPT

Urée sanguine

Créatinémie

Glycémie à Jeûn

Glycémie post Prandiale

HbA1c

Albuminurie

Microalbuminurie

Cholesterol Total

Triglycérides

HDL - Cholesterol

LDL - Cholesterol

Acide urique sanguin

T4

TSH

Autres : regomim

<input type="checkbox"/> Faible (0 à 1 Facteur de risque)	<input type="checkbox"/> Cardiologue	<input type="checkbox"/> Moderément élevé (2FR)
<input type="checkbox"/> Modéré (1 à 2 Facteur de risque)	<input type="checkbox"/> 50, Rue Mostapha El Mââni	<input type="checkbox"/> Elevé (risque à 10 ans > 20%)
(Selon Framingham)		

بالموعد • sur rendez-vous •

50. زنقة مصطفى المعاني (مقابل متجر الرياض) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 44 49 49 / 05 22 44 35 39
50, rue Mostapha El Mââni (en face Centre Riâd) - Casablanca - Tél.: 05 22 44 35 39 / 05 22 44 44 49
(Urgence : 05 46 13 13 68)

CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATION CARDIO - VASCULAIRES

Dr. Abdelkalek CHOULADI
CARDIOLOGUE

Spécialiste Maladies du Cœur et Vaisseaux
Diplôme de la Faculté de Médecine de Paris
Diplôme de Cardiologie Adulte et Pédiatrique
Ex. Attaché des Hôpitaux de Paris
Diplôme d'Échographie - Doppler Coeur et Vaisseaux
Dr. CHOULADI Abdelkalek
Cardiologue
Casablanca



الدكتور عبد الخالق شو لادي
طبيب القلب

إخلاصي في أمراض القلب والشرايين
الدورة الدموية وإرتفاع الضغط الدموي
خريج كلية الطب بباريس

الكشف بالأمواج مأ فوق الصوتية والصدى للقلب

9^e SALLE Fabrice

Bernard Aymé - Hoff
de Gommeau P
Col leon et mme
change

Smile p

HBA

Mabel d

Wifis Gommeau

sur rendez-vous - بمواعيدهما

50. زنة مصطفى المعاني (مقابل متجر الرياض) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 44 49 49 / 05 22 44 35 39
50, Rue Mostapha El Mâani - (en face Centre Riad) - Casablanca - Tél. : 05 22 44 35 39 / 05 22 44 44 49

CABINET DE CARDIOLOGIE ET D EXPLORATIONS CARDIOVASCULAIRES

Casablanca, le 25/06/ 2020

MME SABER FATIMA

ECHO-DOPPLER CARDIAQUE

ECHO :

- Ventricule gauche de taille et de fonction normale
- Dilatation de l'oreillette gauche
- Fonction systolique normale avec FE= 58%
- Valves mitrale : souples avec cinématique normale pas de végétation
- Valves aortiques : sigmoïdes aortiques non épaissies avec ouverture normale
- Parois : Hypertrophie septale
- Cavités cardiaques droites non dilatées
- Péricarde : Pas d'épanchement péricardique

DOPPLER

- E/A <1
- Insuffisance mitrale minime
- Micro fuite aortique
- Les autres flux sont normaux

CONCLUSION

- HVG AVEC HYPERTROPHIE SEPTALE
- FONCTION SYSTOLIQUE NORMALE AVEC FE =58%
- DILATATION DE L'OREILLETTA GAUCHE
- TROUBLE DE RELAXATION
- INSUFFISANCE MITRALE MINIME
- MICRO FUITE AORTIQUE
- PAS D'EPANCHEMENT PERICARDIQUE



CABINET DE CARDIOLOGIE ET EXPLORATIONS CARDIO VASCULAIRE

MME SABER FATIMA

Casablanca, le 25/06/2020

NOTE D'HONORAIRE

CONSULTATION.....	250DH
ECHO CARDIAQUE	450 DH
TOTAL	700DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SEPT CENT DIRHAMS

DR. A. CHOUDADI

INP : 093001980
IF : 706552
ICE : 001654761000041

FACTURE

Casablanca le 01-07-2020

MUPRAS
Mme Fatima SABER
Prescripteur : Dr Abdelkhalek CHOULADI

Demande N° 2007010108

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E22	E
0149	Troponine	B250	B

Total des B : 250

TOTAL DOSSIER : 360.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : trois cent soixante dirhams

Dr Noureddine LOUANJLI

مختبر الحدائق الطبية لوماك
Laboratoire d'Analyses Médicales
LABOMAC
Dr LOUANJLI Noureddine - Biologiste
10, Rue Prince Moulay Abdellah - Casablanca
Tél: 0522 20 74 22 22 11 95 - Fax: 0522 20 74 22 22 11 95

Prélèvement a Domicile Tél. : 06 77 06 70 95

40. Rue Prince Moulay Abdellah - Casablanca C.P. 20.080

Tél.: 05 22 47 33 83 / 05 22 20 74 22 / 05 22 26 83 03 / 05 22 22 14 95 / Fax : 05 22 26 83 03

e.mail : labomac1@gmail.com / n.louanjli@gmail.com - site internet : www.labomac.ma

ICE : 001654761000041 / PATENTE : 33202488 / IF : 41502000

Date du prélèvement : 01-07-2020 à 11:00
Code patient : 1907040076
Né(e) le : 01-01-1949 (71 ans)



Mme Fatima SABER
Dossier N° : 2007010108
Prescripteur : Dr Abdelkhalek CHOULADI

MARQUEURS CARDIAQUES

12-02-2020

Troponine I (High sensitive)

(Technique ELFA – Vidas Biomérieux)

1.5 ng/L (<>20.0)
0.002 ng/mL (<0.020)

1.5

Seuil décisionnel selon les recommandations ACC/ESC et IFCC :

- Si à T0 le taux de Troponine HS < à 2,0 ng/L ou la différence T2h-T0h le taux est < 6,0 ng/L : Exclusion d'IDM.
- Si à T0 le taux de Troponine HS est entre 2,0 et 100,0 ng/L ou la différence (T2h-T0) est < 10,0 ng/L : Zone d'observation
- Si à T0 le taux de Troponine HS est > ou = 100,0 ng/L ou la différence (T2h-T0) est > ou = 10,0 ng/L : Inclusion d'IDM.

Validé par : Dr Noureddine LOUANJLI

مختبر التحاليل الطبية لبوماك
Laboratoire d'Analyses Médicales

Page 1 / 1

Prélèvement a Domicile Tél. : 0522 473383 / 0522 207422 / 0522 297706 / 0522 221495 / 060610601519970661 083599

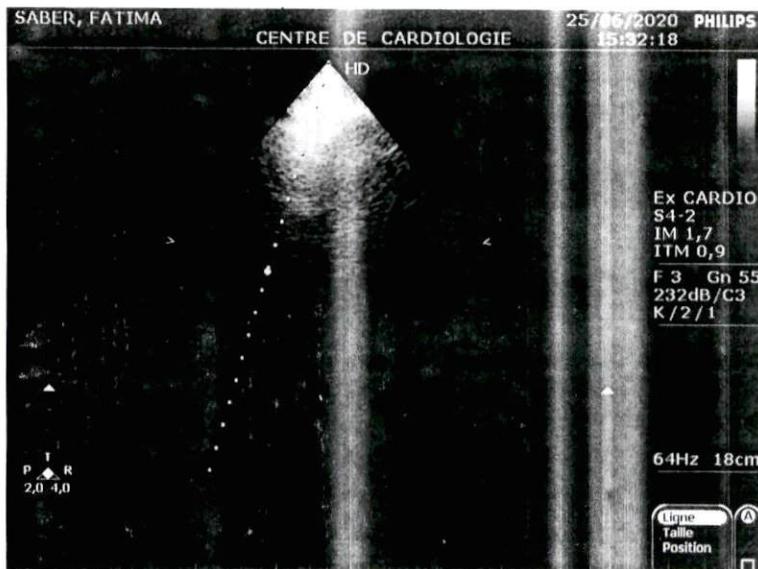
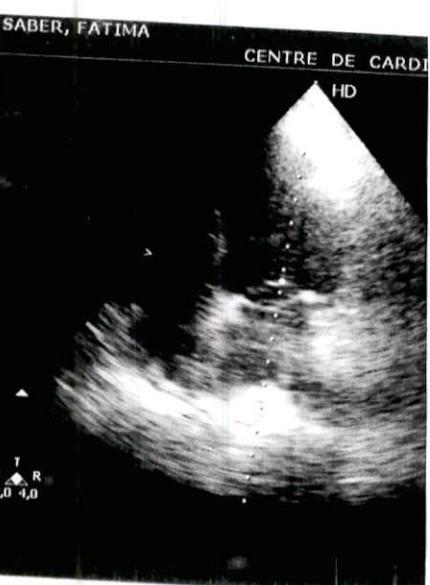
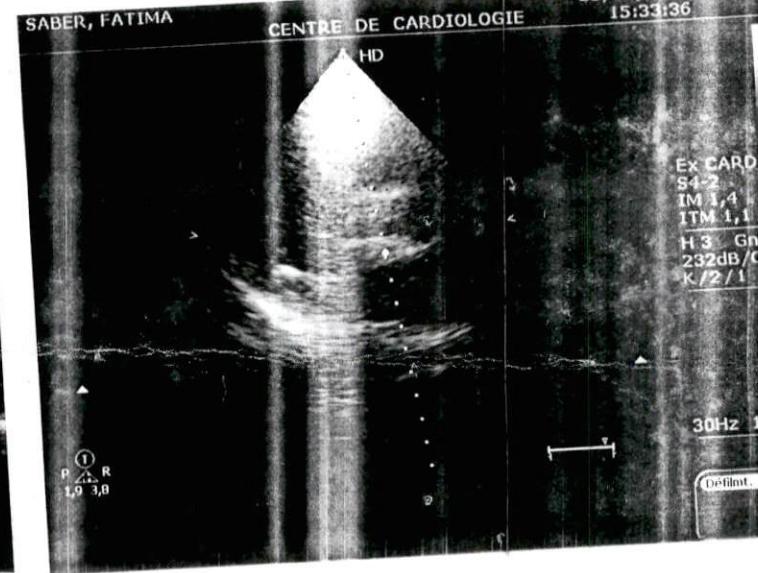
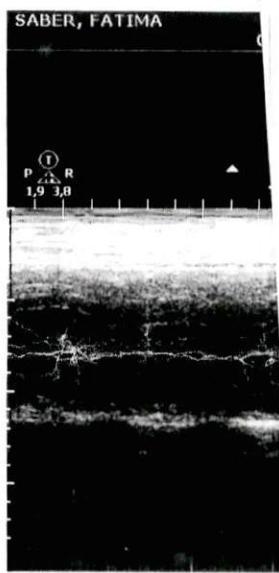
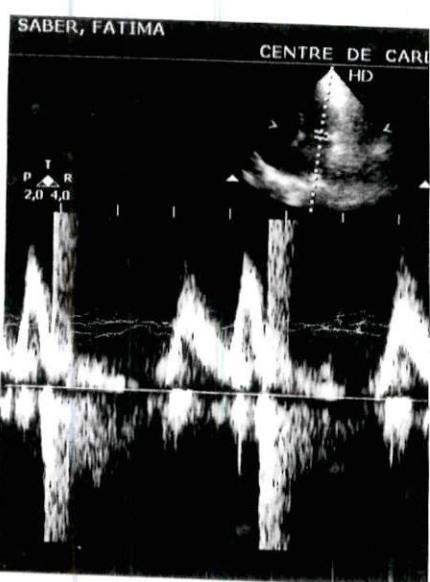
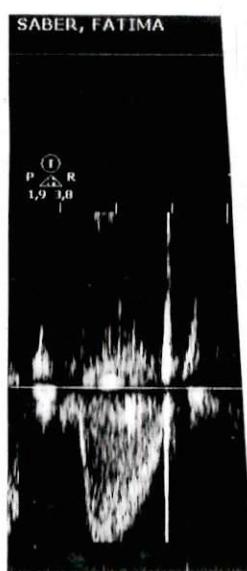
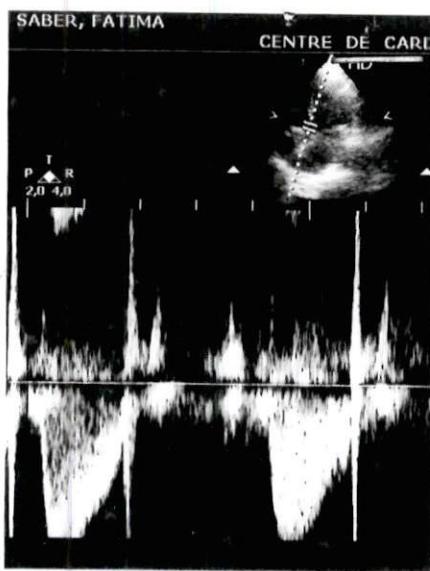
LOUANJLI

Noureddine - Biologiste

40. Rue Prince Moulay Abdellah - Casablanca C.P. 20.080

Tél.: 05 22 47 33 83 / 05 22 20 74 22 / 05 22 29 77 06 / 05 22 22 14 95 / 060610601519970661 083599 / 0522 22 26 83 03
e-mail : labomac1@gmail.com / n.louanjli@gmail.com

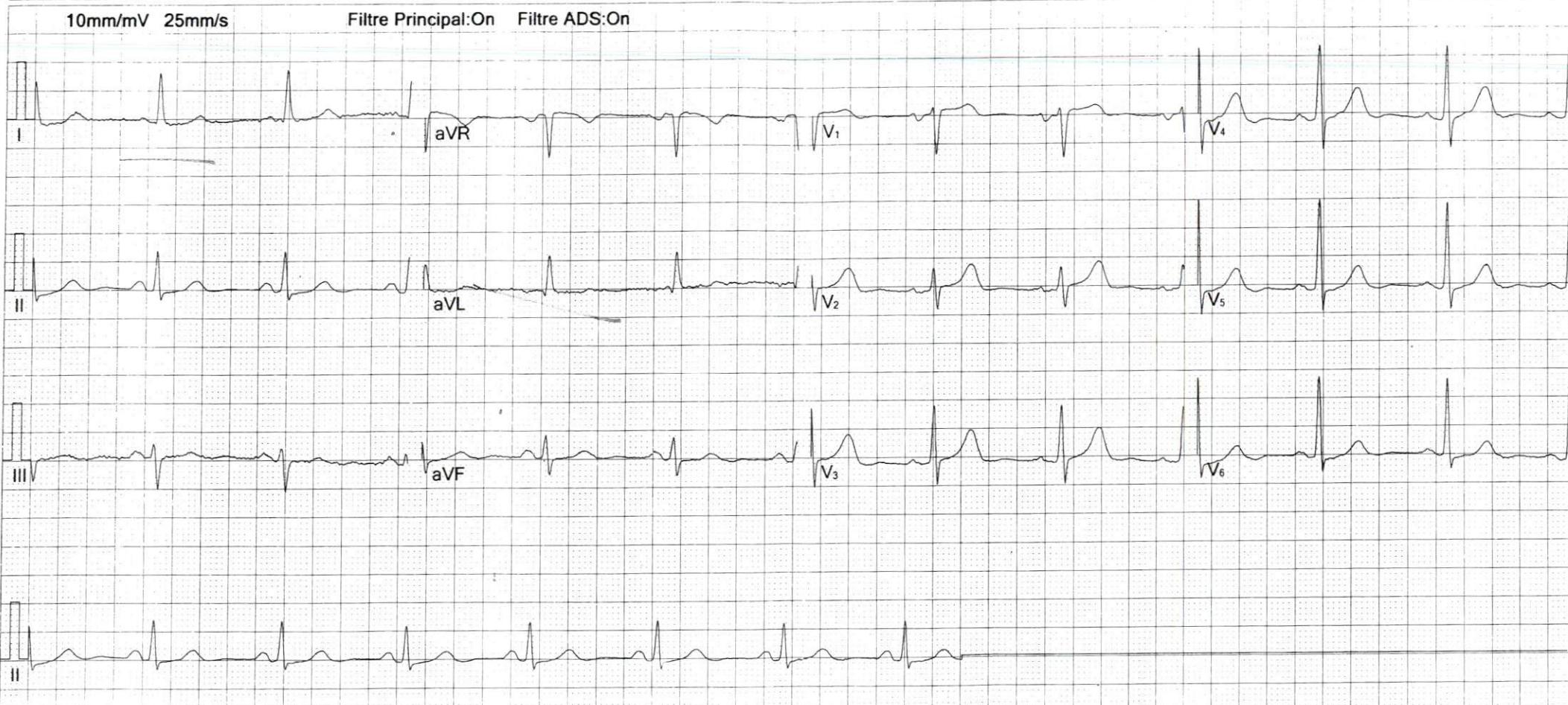
ICE : 001654761000041 / PATENTE : 33202488 / IF : 41502000



ECG

Dr A. CHOULADI

NOM: SABER FATIMA ID : Genre : Age : DDN : 01-01-1960 Date Test : 25-06-2020 11:29
Case #: Investigation #: Médecin Référent: Dr A. CHOULADI



Fréquence :	1000 Hz	Interval.QT :	410 ms	Suggestion :
Durée ECG :	7 s	Interval.QTc :	433 ms	Total Batts 8, Batts Normaux 8, Tachycardie,*** ECG Normal,
FC :	67 bpm	Axe P :	80.1°	
Durée P :	106 ms	Axe QRS :	8.9°	
Durée QRS :	83 ms	Axe T :	53.3°	
Durée T :	297 ms	RV5/SV1:	1.54/0.66mV	
Interval.PQ :	146 ms	RV5+SV1:	2.20mV	

Signature Médecin: