

# 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 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 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.

**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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1042

Société :

RAM

237640

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ALT MERIM Brahim

Date de naissance : 01.01.1949

Adresse : Habtuelle

Tél. : 06.89.62.98.54

Total des frais engagés : 1000,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31 OCT 2022

Nom et prénom du malade : ZARRIT FATIMA

Lui-même

Conjoint

Age: 73

Enfant

Lien de parenté : Nature de la maladie : HTA + fuite artériale méntrière

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) : *Achly*

Le : / /



#### **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
31 OCT 2022	Consultation	2	220.-	Dr ELKHADDOUSSI HALIB
OCT 2022-CC	K16	1	100.-	Dr ELKHADDOUSSI HALIB
OCT 2022	Chx	CA3	700.-	Dr ELKHADDOUSSI HALIB Cardiologue

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## **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.

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## Dr EL KHANNOSSI KHALIL

Nom : ZARRIT FATIMA

Sex: Lit No:

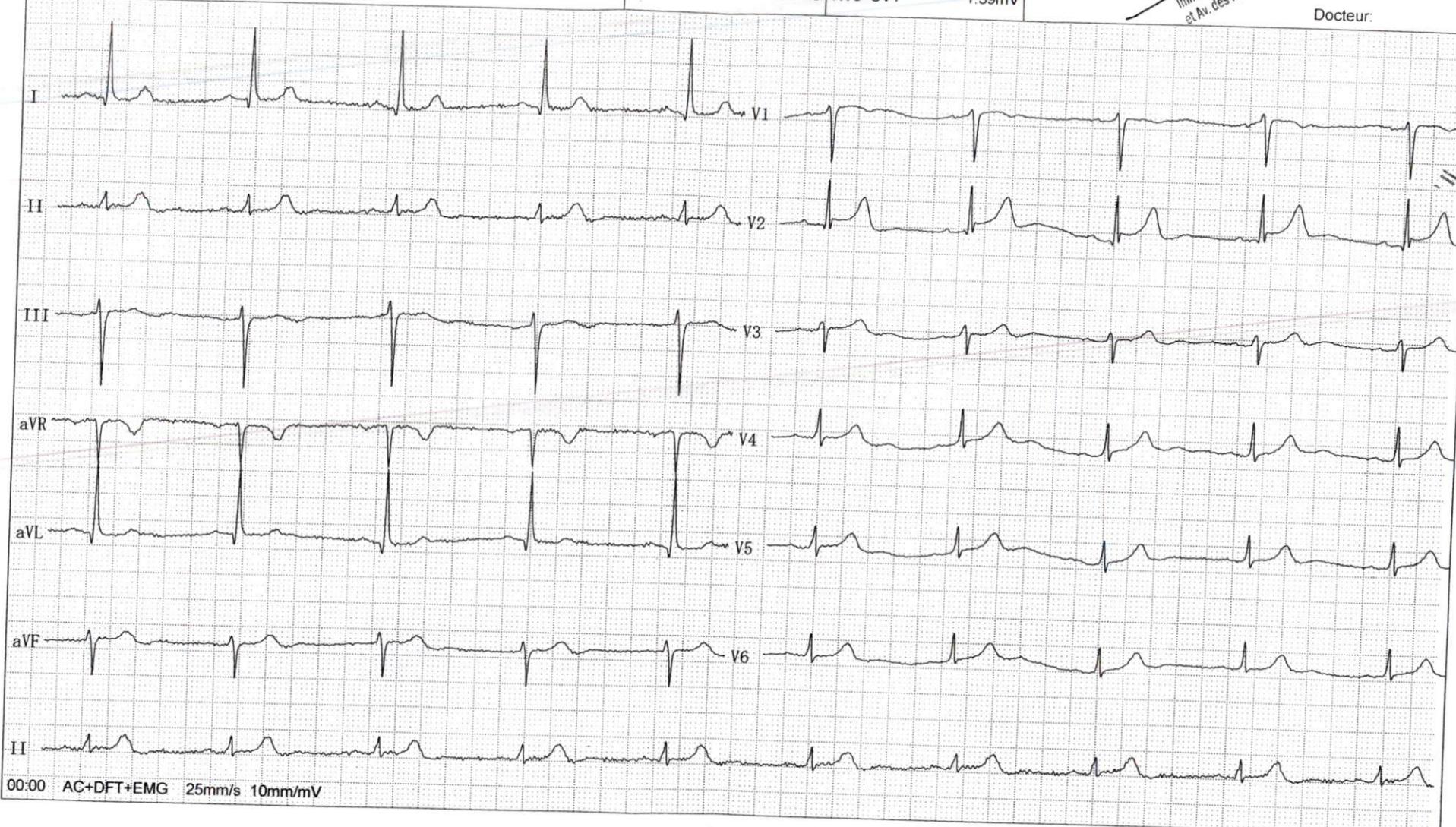
Age: Date: 31/10/2022 13:07:30

SN: 000474 Section:

Cli No.: CaseNo.:

Fréquence:	1000Hz	QT Interval:	445ms	Prompt:
Temps d'écha	11s	QTc Interval:	423ms	
FC:	54bpm	P Axis:	-7.60jā	
P Interval:	172ms	QRS Axis:	-16.70jā	
QRS Interval:	94ms	T Axis:	43.90jā	
T Interval:	227ms	RV5/SV1	0.47/0.93mV	
PR Interval:	208ms	RV5+SV1	1.39mV	

Dr. EL KHANNOSSI KHALIL  
 Cardiologue  
 Tél: 05 28 33 19 19  
 Imm. Ennakhil Angle Av. Med V et Av. des FAR App. N° 9, 1er étage - INEZGANE  
 Docteur:



**DR. ELKHANNOSSI KHALIL**

**Cardiologue**

Immeuble Ennakhil,angle Av Med V et Av des FAR,Appart N°8,3<sup>ème</sup> étage,Inezgane

**Mme ZARRIT Fatima**

**Inezgane, Le 31/10/2022**

**Compte rendu d'échocardiographie**

- Ventricule gauche non dilaté DTD/DTS (41/21 mm) hypertrophié PP/PS (12/12 mm)
- Cinétique et fonction systolique globale du VG conservée FE à 71 % au Simpson biplan
- Ventricule droit non dilaté de bonne fonction systolique
- Oreillette gauche non dilatée
- Oreillette droite non dilatée
- Valve mitrale normale
- Valve aortique peu épaisse
- Pressions de remplissage normales
- Autres valves fines
- Pas d'HTAP
- Péricarde sec
- Veine cave inférieure non dilatée

**Au total :**

- VG non dilaté non hypertrophié de fonction systolique normale et de cinématique homogène
- Pressions de remplissage normales
- Fuite aortique modérée
- Pas d'HTAP





31-10-2022

Inezgane, le :

INPE: 041191396

Mme . ZARRIT FATIMA

**FACTURE :**

<i>Consultation</i>	<i>C2</i>	<i>200,00</i>
<i>ECG</i>	<i>K16</i>	<i>100,00</i>
<i>Echo-Cœur</i>	<i>Cx13</i>	<i>700, 00</i>

**Total : 1000,00 Mille DIRHAMS**

Prochain Rendez - vous, Le :

Dr. ELKHANNOSSI KHALIL  
Cardiologue  
المؤمن  
موعد المقابل  
Tél: 05 28 33 19 19  
Immeuble Ennakhil, Angle Av. Med. V et Av. des FAR, Appart. N° 9, 1 ère étage,  
Inezgane (à côté du commissariat principal), INPE: 04119136 - ICE: 001957524000018 - IF: 20780548



05 28 33 19 19



khalil0101@hotmail.com

عمراء التخيلي، زاوية شارع محمد الخامس وشارع الجيش الملكي، شقة رقم 9، الطابق الأول ، إنزكان (قرب منطقة أمن إنزكان)

Immeuble Ennakhil, Angle Av. Med. V et Av. des FAR, Appart. N° 9, 1 ère étage,  
Inezgane (à côté du commissariat principal), INPE: 04119136 - ICE: 001957524000018 - IF: 20780548