

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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 : 6081

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SAASAA

Aicha

Date de naissance : 1991

LOT AL FATH 1 Sidi

Adresse : N° 1001 A.S.A.

15.06.1955

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/12/2022

Nom et prénom du malade : SAASAA AICHA

Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affection Cardiologique

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 : Casablanca

Le : 12/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

~~ANALYSES - RADIOGRAPHIES~~

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	29/12/21	Echogate	80000H

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ECHOCARDIOGRAPHIE TRANSTHORACIQUE
Mme AICHA SAASAA

1- VENTRICULE GAUCHE :

Diamètre télédiastolique : 41 mm

Diamètre télésystolique : 24 mm

Epaisseur septale : 10 mm

Epaisseur paroi postérieure : 10 mm

VG non dilaté non hypertrophié à fonction systolique normale sans anomalie de la cinétique pariétale de repos.

FEVG 71 % FR 40 %

2- OREILLETTE GAUCHE :

Peu dilatée : 43 mm SOG 20 cm²

3- VALVE MITRALE :

Feuilles peu épaisse micro-fuite mitrale sans sténose.

E/A <1

4- VALVE AORTIQUE :

Trois sigmoïdes aortiques non calcifiées.

Absence de fuite aortique ou de sténose.

5- CAVITES DROITES :

VD et OD non dilatés : SOD 13 cm².

TAPSE 25 mm.

VSH et VCI non dilatées.

Absence d'HTAP.

6- PERICARDE

Normal.

CONCLUSION :

ASPECT DE CARDIOMYOPATHIE HYPERTENSIVE AVEC :

- **HYPERTROPHIE VENTRICULAIRE GAUCHE MODEREE NON OBSTRUCTIVE.**

- **DILATATION MODEREE DE L'OREILLETTE GAUCHE.**

- **TROUBLE DE LA RELAXATION DIASTOLIQUE DU VG**

MICRO-FUITE MITRALE SUR VALVES PEU EPAISSIES.

BONNE CINETIQUE SEGMENTAIRE ET GLOBALE DU VG.

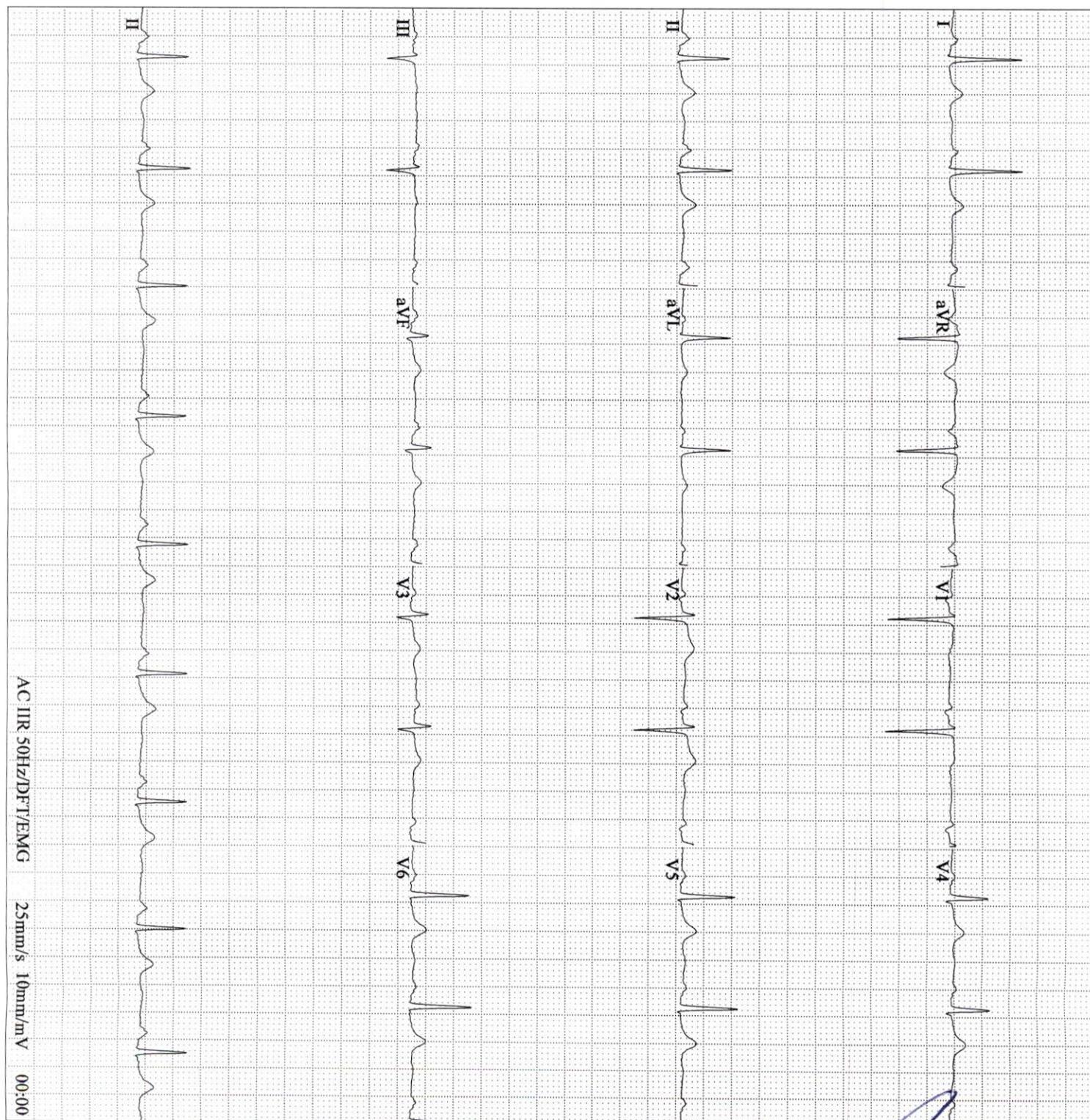
BONNE FONCTION SYSTOLIQUE DU VG.



Dr Hanane BOUTKHEMT

ECG

Nom : SAASAA AICH Sex : Female Age : Clinique N : Section :
 SN : 0011737 Case No. : Lit No. : Date : 29/12/2022 15:42:29



Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	--	Prompt:
Temps d'écha	8s	QT Interval:	381 ms	
HR:	67bpm	QTc Interval:	403 ms	
P Interval:	--	P Axis:	--	
QRS Interval:	80 ms	QRS Axis:	8.60°Cb	
T Interval:	189 ms	T Axis:	46.90°Cb	



Signature Médecin :

CABINET DE CONSULTATION ET D'EXPLORATION CARDIO-VASCULAIRE

Dr HANANE BOUTKHEMT

CASABLANCA, le 29/12/2022

NOM : AICHA SAASAA

NOTE D'HONORAIRES

ECHO-DOPPLER CARDIAQUE..... 800 DH

TOTAL 800 DH

Cette note d'honoraire est arrêtée à la somme de huit cent dirhams.

