

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.

N° W21-773008

172673

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **A2-27**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : **AZOUGH ROKIA**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **064251332**

0522 249444

Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **12/12/2023**

Nom et prénom du malade : **AZOUGH ROKIA**

Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **VARICE**

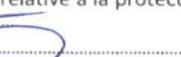
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : _____ / _____ / _____

Signature de l'adhérent(e) : 

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
12/7/13	CE + ELL	→	3000	IN
25/7/13	Echographie { Endoscopie}		7000	DR CECILE

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/12/2012	122.75

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<p>SOINS DENTAIRES</p>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
<p>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</p>	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table 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 colspan="3" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	<hr/>			B	35533411	11433553
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	<hr/>															
	B	35533411	11433553													
	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Therapeutique. nécessaire à la profession															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

Docteur CHAHID Hafsa
CARDIOLOGUE

Spécialiste Maladies du Coeur
Et des Vaisseaux

245, Bd. Reda Guedira (ex.Nil) – Cité Djemaâ
Ben M'sik Sidi Othmane
Casablanca – Tél.: 05 22 37 10 96



الدكتورة شهيد حفصة
إختصاصية
في أمراض القلب والشرايين

245 ، شارع رضا أكديرة (النيل سابقاً) قرية الجماعة
عمالة ابن مسيك سيدي عثمان
الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 37 10 96

Casablanca Le : ١٢/٧/٢٠٢٣

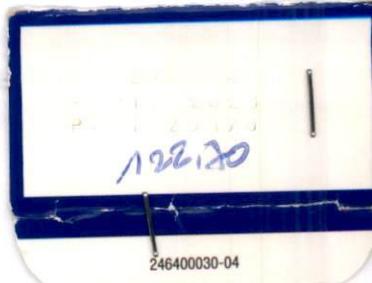
AZOUZ GH RAKIA

١٢٢٤٦٥ Regr per neli

- D AFC sur 50 -

1 P X Y

✓
S.V.



Dr CHAHID HAFSA
Cardiologue
Spécialiste Maladies du Coeur
et Des Vaisseaux
245 BD Reda Guedira (ex Nil) Casablanca
Tél: 05 22 37 10 96

Docteur CHAHID Hafsa
CARDIOLOGUE

**Spécialiste Maladies du Coeur
Et des Vaisseaux**

245, Bd. Reda Guedira (ex.Nil) – Cité Djemaâ
Ben M'sik Sidi Othmane
Casablanca – Tél.: 05 22 37 10 96



**الدكتورة شهيد حفصة
اختصاصية**

في أمراض القلب والشرايين

245، شارع رضا أكيرة (النيل سابقا) قرية الجماعة

عملة ابن مسيك سيدى عثمان

الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 37 10 96

Casablanca Le 25/7/2023

A Zougrh RKIA

Facture pour échographie
Cardiaque → FoodH

Dr CHAHID Hafsa
Spécialiste Maladies du Coeur
Casablanca 10500
Bd Reda Guedira

Le25/7/2023

ECHODOPPLER CARDIAQUE

AZOUGH RKIA

-Le ventricule gauche est non dilaté 44/28mm, libre de thrombus Bourrelet septal basal non obstructif.

Fonction systolique conservée. FE=67%

OG de taille normale 14cm² libre d'écho. Flux mitral type E/A>1

-Mitrales discrètement remaniées .Absence de RM . Fuite mitrale minime grade I

-Aorte tubulaire peu dilatée 40mm .Sigmoïdes aortiques discrètement remaniées .

Absence de rétrécissement aortique .Insuffisance aortique minime grade I

-OD non dilatée . Ventricule droit de taille normal de contractilité et fonction systolique conservée S=17m/s .

Absence d'HTAPS

--VCI non dilatée compliant avec la respiration
Absence d'épanchement péricardique

AU TOTAL.

-Insuffisance mitroaortique minime

-Aorte tubulaire peu dilatée

-VG non dilaté, de fonction systolique conservée.

-Pressions de remplissage normales.

-Fonction systolique du VD conservée

Dr G. J. de Coeur
G. J. de Coeur
Spécialiste en maladie mentale
et psychique
M. B. Paua, Ch. 1000
Casino

Cabinet De Cardiologie Dr.CHAHID Hafsa

Date 25/07/2023

Nom AZOUGH, RKIA

Taille
Poids

Image 1

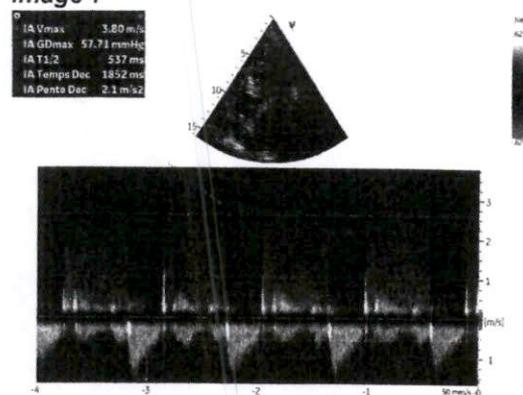


Image 2

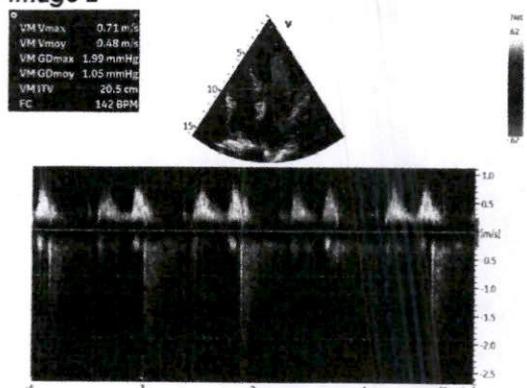


Image 3

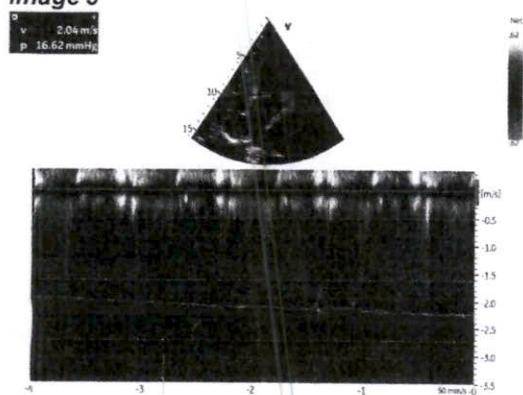


Image 4

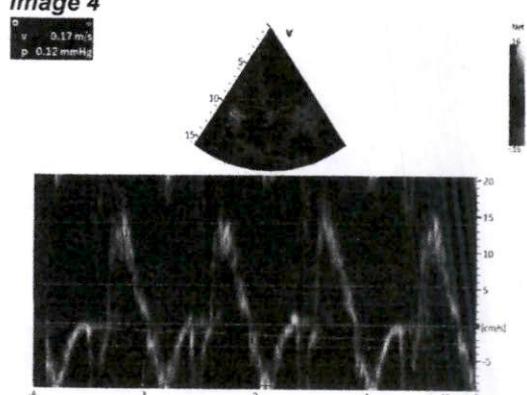


Image 5

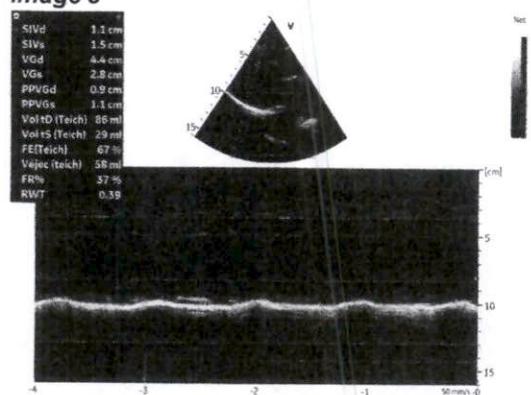
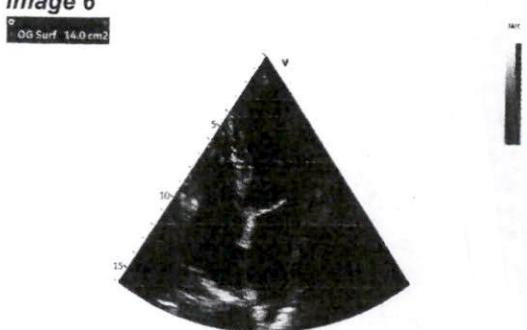


Image 6



Print Date: 25/07/2023