

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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'H
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-827181

188831

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1530 Société : BSLA TB
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :
 Nom & Prénom : MANANE HASSAN
 Date de naissance : 15/05/1951
 Adresse : 32 RUE DES BRUYERES MARIN MARIN
 Tél : 0661461641 Total des frais engagés : 1150 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. LAKHASSI Abdelatif
 Cardiologue
 33, Bd. Abdelatif Ben Kaddour
 Casablanca - Tél: 0522 94 06 06

Date de consultation : 30/11/2023

Nom et prénom du malade : MANANE HASSAN Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : 30/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
30.12	CK + Su.		3.50 m	INP : 9 9 10 9 10 4 1
20.23				cf
30.12	Entretien Su		800 m	cf
20.23				

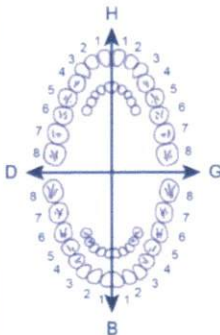
[illegible][illegible][illegible]

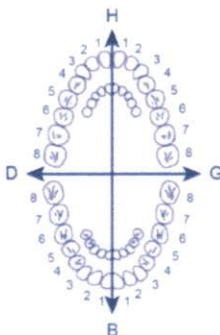
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canaux, 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	COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<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>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	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

Casablanca le,30/11/2023

ICE :002268443000070

M :MANANE HASSAN

FACTURE N°10/23

ECHO-DOPPLER CARDIAQUE.....800DH

TOTAL.....800DH

الدكتور عبد اللطيف الخصاصي
Dr. LAKHSSASSI Abdelatif
Cardiologue
33, Bd. Abdellatif Ben Kaddor
Casablanca - Tél.: 05 22 94 06 06



Casablanca le,30/11/2023

ICE :002268443000070

M :MANANE HASSAN

FACTURE N°09/23

CSC+ECG.....350DH

TOTAL.....350DH

الدكتور عبد اللطيف الإحصاضي
Dr. LAKHSSASSY Abdellatif
Cardiologue
33, Bd. Abdellatif Ben Kaddor
Casablanca Tel: 05 22 94 06 06

**GE Medical Systems**

DR LAKHSSASSI

Rapport Cardiaque - Complete**Information Patient**

Nom: MANANE, HASSAN

ID: M-557

Né(e) le:

Taille:

Poids:

Sexe: M

Age:

ASC: 0.00 m²

BP:

Date d'Examen: 30 Nov 2023

Cassette:

Compteur: 0:00:00

Médecin Référent:

2D

				OD Ps		5 mmHg	
Mode-M							
SIVd	1.04 cm	FR% M	45.90 %	VGd		VGd	
FR SIV	-72.22 %	FEcub	84.17 %	MasseASE	147.9 g	MassePENN	171.0 g
SIVs	1.78 cm	FE, M Teich	78.24 %	Ao/OG	0.86		
Ouv. VA	2.42 cm	VG VsCub	6.84 cm3				
D AO	3.28 cm	VG Vs Teich	11.13 cm3				
D OG	3.80 cm	VGs	1.90 cm				
OG/AO	1.16	VEcub	36.34 cm3				
VG VdCub	43.17 cm3	VE Teich	40.02 cm3				
VG Vd Teich	51.15 cm3	PPVGd	1.50 cm				
VGd	3.51 cm						

Doppler

VA		VM		VT	VP
FC	75	A	0.88 m/s		
		E/A	1.12		
		E	0.98 m/s		
		A VM(Pht)	3.72 cm ²		VPulm Vd
		VM Déc	5.01 m/s ²		
		VM Tdéc	202 msec		
		VM PHT	59 msec		

Raison de l'examen:

Diagnostic:

Commentaires:

Bonnes conditions d'observation contractilité globale et segmentaire conserve sigmoïdes aortiques fine d'ouverture normale valve mitrale de structure et cinétique normale FE 70 % FR 36 % fonction VG conservée

Opérateur:

الدكتور عبد اللطيف الخصاصي
Dr. LAKHSSASSI-Abdellatif
Cardiologue
33, Bd. Abdellatif Ben Kaddor
Casablanca - Tél: 05 22 94 06 06

Dr. Lakhsassi Abdelatif

الدكتور عبد الحفيظ
Dr. LAKHSSASSI Abdelatif
33, Bd. Abdellatif Ben Kaddour
Casablanca - Tel: 0522 3906 06

FC 56/min

Axes :

P 39 °

Intervals

QRS -13 °

T 15 °

RR 1065 ms

P 120 ms

PR 174 ms

QRS 96 ms

QT 410 ms

QTC 398 ms

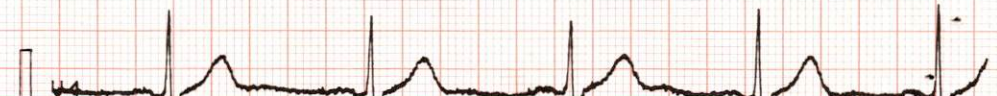
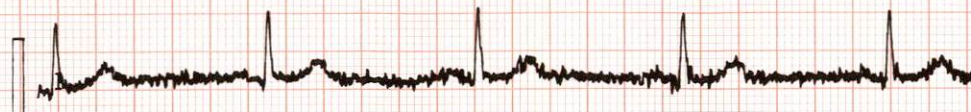
(Bazett)

P (II) 0.11 mV

S (V1) -0.60 mV

R (V5) 1.64 mV

Sokol. 2.76 mV



25 mm/s 10 mm/mV

F50

SBS

30.11.2023

09:58:35

Dr LAKHSSASSI

10 mm/mV

AT-102plus 1.22 M

SCHILLER SWITZERLAND Art. No. 2.157 050

CE0044

LOT 0 731