

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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



Déclaration de Maladie

M23- N° 0031639

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1380 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOSBAH Dalila

Date de naissance : 23/08/52

Adresse : 245 rue med ben Lot. Datarwalat

Dar Barazza

Tél. : 0630474425 Total des frais engagés : 229,00 + 200,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/03/2024

Nom et prénom du malade : M. MOSBAH DALILA Age :

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

Nature de la maladie : HTA

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie

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 09/03/2024


Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Le : 09/03/2024


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
09/03/24			CG	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/03/24	229,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	09/03/24		8000H

AUXILIAIRES MEDICAUX

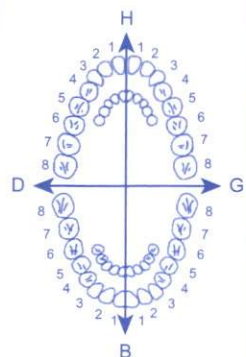
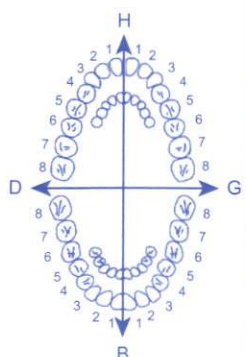
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Ancienne interne des Hôpitaux de Paris
Hypertention artérielle - Echographie Doppler
Epreuve d'effort - Holter - Echocoeur de stress
Adultes et Enfants

طبيبة سابقا بمستشفيات باريس
ارتفاع الضغط - الفحص بالصدى
تخطيط القلب أثناء الجهد - التسجيل المستمر للضغط
الكبار و الصغار

Ordonnance

Casablanca, le :

09/03/24

Mme Mosbah DALILA

189,80

139,80

- Co-ZENOVAN 160/125 1-0-0

- Amlor 5 mg 1-0-0

89,20

229,00

UT.AV : 09 20 26

P.P.V. :

89 20

LOT N° : H N 9 4 1 4

Dr Safae ABDERAZZAK
Cardiologue
17 Rue Bachir El Alj - Etage N° 5
Tél : 0520 50 54 00 / 0616 16 03 40

11 1 mois



Ancienne interne des Hôpitaux de Paris
Hypertention artérielle - Echographie Doppler
Epreuve d'effort - Holter - Echocoeur de stress
Adultes et Enfants

طبيبة سابقا بمستشفيات باريس
ارتفاع الضغط - الفحص بالصدى
تخطيط القلب أثناء الجهد - التسجيل المستمر للضغط
الكبار و الصغار

Note d'honoraire

Dr Safae ABDERAZZAK
Cardiologue
17 Rue Bachir El Ali 1^{er} Etage N° 5
Tél 0520 50 54 00 / 0616 16 03 42

Date: 09/03/24

Je soussigné, Dr

Présente mes meilleurs vœux de rétablissement à :

Mme, Mr : MOSBAH Dalila

Et lui présente ma note d'honoraire.

De : Echouane

Dr Safae ABDERAZZAK
Cardiologue
17 Rue Bachir El Ali 1^{er} Etage N° 5
Tél 0520 50 54 00 / 0616 16 03 42



Ancienne interne des Hôpitaux de Paris
Hypertension artérielle - Echographie Doppler
Epreuve d'effort - Holter - Echocoeur de stress
Adultes et Enfants

طبيبة سابقا بمستشفيات باريس
ارتفاع الضغط - الفحص بالصدى
تخطيط القلب أثناء الجهد - التسجيل المستمر للضغط
الكبار و الصغار

Nom : MOSBAH

Prénom : DALILA

Date d'examen : 09/03/24

INDICATION : DOULEUR THORACIQUE AVEC DYSPNEE D EFFORT CHEZ UNE PATIENTE
DIAGNOSTIQUEE RECEMMENT HYPERTENDUE

COMPTE RENDU D ECHOCARDIOGRAPHIE

-VG non dilaté (DTD /DTS=47/26 mm), HVG concentrique (SIV à 13 mm), de bonne contractilité globale et segmentaire ; FE à 76% en 2D.

-Profil mitral : anomalies de relaxation ; PRVG normales (E/é=7)

-OG peu dilatée libre d'échos (SOG à 21 cm²)

-Valves mitrales fines, fuite minime

-Valves aortiques au nombre de 3, pas de fuite ni sténose.

-IT minime estimant la PAPS à 20+5=25 mm Hg

-Cavités droites non dilatées, bonne fonction systolique du VD

-VCI non dilatée, compliant

-Péricarde sec

Au total :

-Aspect de cardiopathie hypertensive débutante bien compensée, FE à 76% en 2D.

-PRVG normales, PAPS normale.

-Adaptation thérapeutique ++

Dr Safae ABDERAZZAK
Cardiologue
17 Rue Bachir El Alj 1^{er} Etage N° 5
Tél : 0520 50 54 00/0616 16 03 42

Dr Safae ABDERAZZAK
Cardiologue
17 Rue Bachir El Alj 1^{er} Etage N° 5
Tél : 0520 50 54 00/0616 16 03 42

Dr. ABDERAZZAK SAFAE