

# 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.



# Déclaration de Maladie

N° W21-800579

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8423 Société : 203420  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : AKHMIS REDOUAN  
 Date de naissance : 11/11/65  
 Adresse :  
 Tél. : 066054293 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Hassan CHALID  
 OMNIPRATICIEN Echographie Clinique  
 D.U en Diabétologie  
 146, Rue Moulay Idriss Hay Baladia - Casablanca  
 (au dessus de la pharmacie, Hay El Baladia)  
 Tél.: 05 22 80 91 91  
 Date de consultation : 19 AVR. 2024  
 Nom et prénom du malade : AKHMIS REDOUAN Age :  
 Lien de parenté :  Lui-même  Enfant  
 Nature de la maladie :  
 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 : OUSA Le : / /  
 Signature de l'adhérent(e) : *AKHMIS REDOUAN*

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

## 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.

### 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
19 AVR 2024	Hd/hu hu/hu	1	400,4	INP: 0910349318 Dr. Hassan CHAHID OMNIPRATICIEN en Radiographie Clinique D.U en Diabète (Océ 143 Rue Moulay Idriss Hay Belair - Casablanca (au dessus de la pharmacie, Hay Belair) Tél: 05 22 80 34 97

### 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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### 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 traitements canalaires, 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 <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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

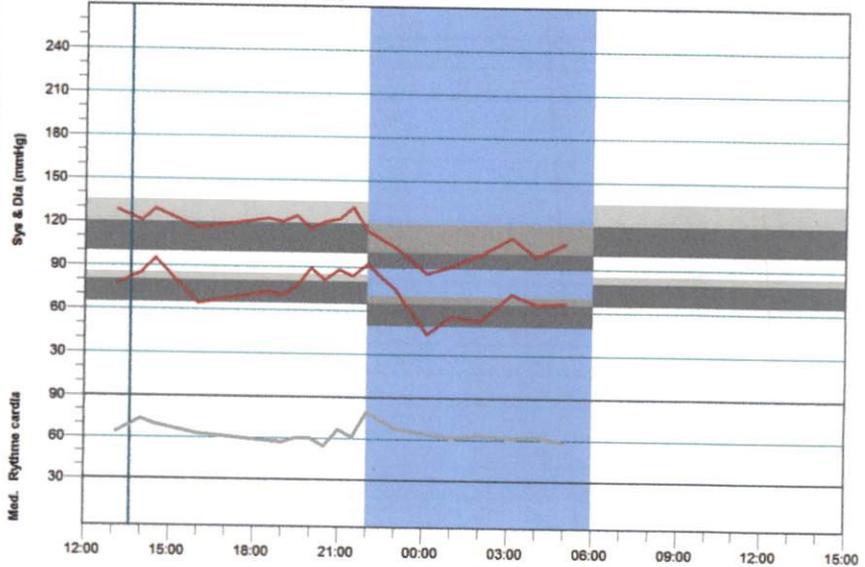
# WatchBP<sup>®</sup> O3

## Rapport MAPA sur 24h

Médecin: DR HASSAN CHAHID

<b>Numéro du patient :</b> 1001	
<b>Nom :</b> REDOUAN AKHMISS	
<b>Sexe :</b> Homme	
<b>Age :</b> 58	
<b>Date de naissance :</b> 11/11/1965	
<b>Programme de jour et de nuit</b>	
<b>Heure</b>	<b>Intervalle</b>
<b>Jour :</b> 06 ~ 22	30 min
<b>Nuit :</b> 22 ~ 06	60 min
<b>Observée jour et nuit</b>	
<b>Levé :</b> 06 ~ 22 h	
<b>Couché :</b> 22 ~ 06 h	
<b>Chiffres limites Tension artérielle</b>	
<b>Jour:</b> 135/85 mmHg	
<b>Nuit :</b> 120/70 mmHg	

Date de lecture 19/04/2024



<b>Mesures</b> Nombre total : 34 Valides : 19 (55,9%) FA : 3 (15,8%)	<b>Pression artérielle moyenne (SD)</b>					<b>Fenêtre d'Hypertension Blouse Blanche</b>				
	<b>Sys</b>	<b>Dia</b>	<b>RC</b>	<b>PAM</b>	<b>PP</b>	<b>FA</b>	<b>Sys</b>	<b>Dia</b>	<b>RC</b>	
24-Hr	111 (13)	71 (14)	69 (7)	86 (15)	40	3(19)	Mesures	1	1	1
Jour	123 (4)	78 (9)	67 (6)	94 (11)	45	2(11)	Max 1ère Heure	128	77	69
Nuit	101 (10)	65 (15)	70 (8)	79 (15)	36	1(8)	<b>Baisse de tension nocturne (DIP) %</b>			
							<b>Sys</b>	<b>Dia</b>		
							Dip%	17,5	16,3	

Date/Heure	Sys	Dia	RC	PAM	FA
19/04/2024					
13:09	128	77	69	85	
14:00	121	85	80	104	★
14:30	129	95	76	100	
16:00	116	64	68	76	
18:30	123	72	62	97	
19:00	121	70	61	92	
19:30	125	76	65	90	
20:01	116	89	65	95	★
20:30	121	81	58	96	
21:00	123	88	72	106	
21:30	131	84	66	114	
22:01	115	92	87	96	★
23:00	104	75	74	92	
20/04/2024					
00:08	86	44	69	67	
01:00	91	56	66	68	
02:01	99	53	68	56	
03:08	111	72	66	96	
04:01	98	65	67	74	
05:00	107	66	63	81	

### Commentaire:

Normotension 24h, Normotension diurne, Normotension nocturne, Dipper

Signature: \_\_\_\_\_

**DR. HASSAN CHAHID**  
 OMNIPRATICIEN - Cardiologie Clinique  
 D.U. en Diabétologie  
 146. Rue Moulay Idriss Hay El Baladia - Casablanca  
 (au dessus de la pharmacie Hay El Baladia)  
 Tél.: 05 22 91 91

microlife

## OMNIPRATICIEN

Diplôme universitaire en diabétologie  
Diplôme universitaire en Diététique médicale et Nutrition  
Diplôme universitaire en échographie clinique  
Faculté de Médecine Montpellier France  
ELECTROCARDIOGRAMME  
Membre de la Société Francophone du Diabète  
sur rendez-vous

## الطب العام

دبلوم جامعي في مرض السكري  
دبلوم جامعي في الحمية الطبية والتغذية  
دبلوم جامعي في الفحص بالصدى  
من كلية الطب مونبولي — فرنسا  
التخطيط الكهربائي للقلب  
عضو الجمعية الفرونكوفونية لمرض السكري  
بالموعد

Casablanca, le..... في الدار البيضاء.

10 AVR. 2024

Mr Akhmiss Redman

Dr. Kuyih J'HTA

Holter fonctionnel

Dr. Hassan CHAHID  
OMNIPRATICIEN Echographie Clinique  
Diplôme en Diabétologie  
146, Rue Moulay Idriss, Hay Baladia - Casablanca  
(au dessus de la pharmacie, Hay El Baladia)  
Tél: 05 22 80 91 91

OMNIPRATICIEN

Diplôme universitaire en diabétologie  
Diplôme universitaire en Diététique médicale et Nutrition  
Diplôme universitaire en échographie clinique  
Faculté de Médecine Montpellier France  
ELECTROCARDIOGRAMME  
Membre de la Société Francophone du Diabète  
sur rendez-vous

الطب العام

دبلوم جامعي في مرض السكري  
دبلوم جامعي في الحمية الطبية و التغذية  
دبلوم جامعي في الفحص بالصدى  
من كلية الطب مونبولييه - فرنسا  
التخطيط الكهربائي للقلب  
عضو الجمعية الفرونكوفونية لمرض السكري  
بالموعد

19 AVR. 2024

Casablanca, le.....في الدار البيضاء.

Mr Akhmiss Reduan

Note J'Honneur

Holte functional 4000  
(question avec Mr)

Dr. Hassan CHAHID  
OMNIPRATICIEN Echographie et Diabétique  
D.U en Diabétologie  
146, Rue Moulay Idriss, Hay Baladia, Casablanca  
(au dessus de la pharmacie Hay El Baladia)  
TÉL: 05 22 80 91 91