

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

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



Déclaration de Maladie : N° P19- 0023741

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1723 Société : 18226

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☒ Autre : LACHKAR HALIMA

Nom & Prénom : HADDIQU ABDELHAK Date de naissance : 23/05/1959

Adresse : RUE 1 N° 44 NASSROUHAH BERRECHIDJ

Tél. : 0668448738 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/05/2020

Nom et prénom du malade : LACHKAR HALIMA Age : 59

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

Nature de la maladie : HTA polypht

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 : Le 28/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



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
22/01/20	contrôle		gratuit	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

22/01/20 203,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

22/01/20 E+T 1750,00 €

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

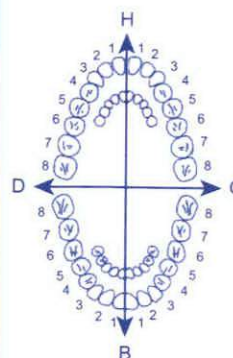
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD

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

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

[Création, remont, adjonction]

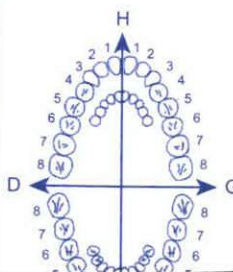
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



EN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD

Cardiologue

Lauréat de la faculté de médecine de Casablanca

Ancien Médecin à l'hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca

Ancien Médecin praticien à Klinikum Lüdenscheld Allemagne

Diplômé en Echocardiographie Doppler de l'université Bordeaux II



د. خضر محمد فؤاد

أخصائي أمراض القلب والأوعية الدموية

دريج كلية الطب بالبحر الأبيض

طبيب سابق بمستشفى الشيخ خليفة بالبحر الأبيض

طبيب سابق بمستشفى لودنشايد بألمانيا

حاصل على شهادة المقيص بالصدى من جامعة بورجو بفرنسا

Ordonnance

Berrechid, le :

BERRECHID LE 22 Janvier 2020

Mme LACHKAR HALIMA

1/ REGIME PAUVRE EN SEL

2/ IRVEL 150MG

1 Cp/J le matin à jeun

3/ NEBILET 5MG

1/2 Cp/J à midi

4/ ASKARDIL 75MG

1Cp/J à midi après repas

5/ BELMAZOL 20MG

1 gel/J le soir

6/ FEBRATE 160MG

1 gel/J le soir

LOT : 2283

EXP. : 09/22

PPC : 87,90 DH

Traitement pendant : 2 Mois

Cabinet de cardiologie

Berrechid, le 22/01/2020

Note d'honoraires

Nous exprimons nos sincères salutations à

Mr/Mme LACHKAR. HALIMA

Lui adresse, selon l'usage, sa note
d'honoraires. *Echocoens = 750,00 €*

Faisant la somme de

Sept cent cinquante dix-huit

Cachet et signature

Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD

Cardiologue

Lauréat de la faculté de médecine de Casablanca

Ancien Médecin à l'hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca

Ancien Médecin praticien à Klinikum Lüdenscheid Allemagne

Diplômé en Echocardiographie Doppler de l'université Bordeaux II



د. خضر محمد فؤاد

أخصائي أمراض القلب والشرابيين

خريج كلية الطب بالبحار البيضاء

بيب سابق بمستشفى الشيخ خليفة بالبحار البيضاء

طبيب سابق بمستشفى لودنشايد بألمانيا

صل على شهادة الفحص بالصدك من جامعة بوردو بفرنسا

Information patient

Nom : LACHKAR

PRENOM : HALIMA

DATE : 22/01/2020

MEDECIN TRAITANT : DR.M.F. KHADRE

COMPTE RENDU D'ECHOCARDIOGRAPHIE

- VG non dilaté, non hypertrophié, de bcnne contractilité globale et segmentaire FEVG à 59%.
- Profil mitral type anomalie de relaxation $E/A = 0.76$, PRVG basses $E/e' = 5.77$.
- Massif auriculaire : OG dilatée libre d'échos. (SOG à 24cm^2)
: OD non dilatée libre d'échos. (SOD à 11cm^2)
- Valve mitrale, IM modérée, pas de RM.
- Valve aortique, sans fuite, ni sténose.
- Cavités droites non dilatées, Bonne fonction systolique du VD.
- IT minime estimant la PAPS à $20+5=25\text{mmHg}$.
- VCI à 14mm non dilatée, compliant.
- Péricarde sec.

Conclusion :

Bonne fonction bi-ventriculaire, FEVG à 59%.

IM modérée.

Pas d'HTP.

Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD
CARDIOLOGUE
Bureau N°16 BERRECHID
03-05-22-32-83-63
Signé: Dr M.F. KHADRE

