

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



ND = 21256  
**Déclaration de Maladie : N° P19-0007378**

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5306 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BENZAHRA ALIUM Date de naissance :  
 Adresse : 22 Rue BOU ABASS EL AZZI - CASABLANCA  
 Tél. : 066691229 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11 FEV 2020

Nom et prénom du malade : M. BENZAHRA MOUHTADI Houda Age : 618

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

Nature de la maladie : HgXhcaj - Dymel - laqritg

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 :

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
11 FEB 2020	C2		300 DH	
11 FEB 2020	K16 (ECG)		800 DH	
	écho			
	dentier			
	cardioque			

## 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

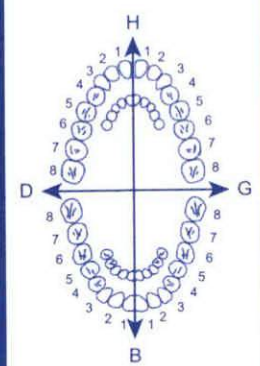
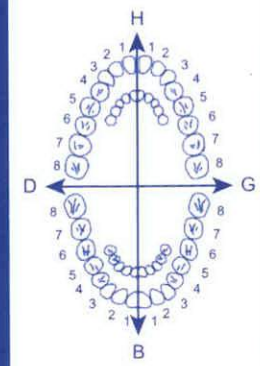
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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																	
	<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																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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

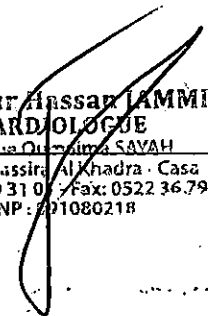
Nom Patient BENZAHRA MOUHTAD: HAÏMA  
Médecin :  
Date Exam.: 11-02-2020

Page

<Comments>

DOULEURS THORACIQUES, PALPITATIONS, DYAPNEE.

VG de taille normale, Pas d'hypertrophie pariétale.  
Pas d'anomalies de la cinétique segmentaire, Bonne fonction systolique globale,  
OG et Cavités droites non dilatées.  
IT minime, PAPS estimée à 30 mmHg.  
Pas de valvulopathie mitrale ou aortique.  
PRVG basses.

Docteur Hassan LAMMI  
CARDIOLOGUE  
SIGNATURE du Médecin :   
Bd Al Nassira Al Khadra - Casa  
Tél: 0522 39 31 01 / Fax: 0522 36 79 3  
INP: 001080218

Fonct Card Exam.

11-02-2020

Infos Patient

ID : x200211-113033  
Nom : BENZAHRA MOUHTADI HALIMA

Infos Site

Descript d'Examen:  
Médecin Traitant :  
Médecin P. :  
Echographis :

<Fonction VG mode B>  
Méth Simpson M.

	Ap4C	Ap2C	Biplan
VTD	52ml		
VTs	15ml		
VE	37ml		
DC			
FE	71.3%		
FC			

	Diastole	Systole
LVG4	67.8mm	48.3mm
SVG4	20.83cm <sup>2</sup>	8.91cm <sup>2</sup>
LVG2		
SVG2		
%dif		

<Fonction VG mode M>

	Teichholz
VTD	87ml
VTs	25ml
VE	62ml
DC	
FE	71.5%
FR	40.6%
MVG(Devereux)	108g
MVG/SC	
FC	

	Diastole	Systole
DIVG	43.8mm	26.0mm
SIV	9.2mm	12.9mm
PPVG	5.6mm	12.9mm

	Diastole	Systole
<OG/Ao(M)>		30.4mm
Diam OG		
Diam Ao	26.7mm	
Diam VA		19.0mm

DOGs/DAOd	1.14
-----------	------

<Dop Mitral>

Pic E	44.0cm/s		
Pic A	80.6cm/s		
VPdurA		durA	
VTI	20.8cm		
Tdec	316ms	P1/2T	93ms

SVM(P1/2T)	2.38cm <sup>2</sup>	SVM
E/A	0.55	
VPdurA-durA		

Casablanca le

11 FEV. 2020

**NOTE D'HONORAIRES**

NOM : Dr BEN ZAHRA MOUHTADI  
PRENOM : Halema  
ORGANISME : MURNAS

\* CONSULTATION + ELECTROCARDIOGRAMME : 300.00  
\* ECHO DOPPLER CARDIAQUE : 800.00  
ECHO DOPPLER ARTERIEL DES MI :  
ECHO DOPPLER DES VAISSEAUX DU COU :  
ECHO DOPPLER DES ARTERES RENALES :  
ECHO DOPPLER VEINEUX MI :  
EPREUVE D'EFFORT :  
HOLTER RYTHMIQUE DE 24 H :  
HOLTER TENSIONNEL DES 24 H :  
AUTRE ..... :  
**TOTAL** : 1100

Soit : mille cent dh

**Dr H JAMMI**

PATENTE N° : 35719032

IF : 40301337

ICE : 001698148000061

Docteur Hassan JAMMI  
CARDIOLOGUE  
20 Rue Oumaima SAYAH  
Bd. Al Massira Al Jadida  
Tel.: 0522 39 31 01 Fax: 0222 36 79 35  
INP 001698148000061





**BENZAHA MOUHTADI HALIMA**

Date Examen: 11/02/2020 11:36:09

Dr. Jammi Hassan, CardioPoint

MA 15/8.8  
E.H.

HR	67/min	P	110ms	Axe P	16°
RR	896ms	PQ	154ms	Axe QRS	-36°
		QRS	96ms	Axe T	41°
TA		QT	418ms	QTc(B)	444ms

(\* Non confirmé par le médecin)  
\*RYTHME SINUSAL  
\*DEVIATION AXE GAUCHE MARQUE  
\*ECG ANORMAL

