

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W19-520780  
*55 837*

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

1580

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

*SINNAS KHADIDA*

Date de naissance :

*01-01-1990*

Adresse :

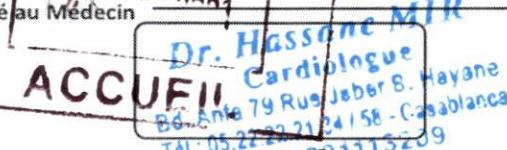
*GAUTHIER MUPRAS*

Tél. :

*06 61 08 69 33* Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

*Sinna Khadija 76*

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

*HHT*

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 : *09/09/19/12/20*

Signature de l'adhérent(e) :

*KHADIDA*

## **RELEVE 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
16. DEC. 2020 16. DEC. 2020	Chirurgie Cardiaque	10000	(D) 10000	Dr Hassane MIR INP Cardiologue Anfa 79 Rue Haber B. Hayane Tél : 05.22.22.23.64 S8 - Casablanca Date : 19/11/2020

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<del>PHARMACIE CAMELIA ENSEFFER ALENTRAH ue H</del>	15/12/20 INPE 092.017.30	23,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

**Important :**

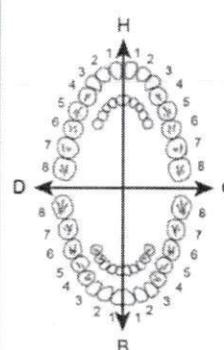
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
25533411	11132552



### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <p>H</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">26533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;"><b>D</b></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;"><b>G</b></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table> <p>B</p> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	26533412	21433552	00000000	00000000	<b>D</b>		00000000	00000000	<b>G</b>		35533411	11433553	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>  <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>  <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>  <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>
26533412	21433552													
00000000	00000000													
<b>D</b>														
00000000	00000000													
<b>G</b>														
35533411	11433553													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# **Docteur MIR HASSANE**

## **Maladies du Coeur et des vaisseaux CARDIOLOGUE**

Diplômé des Universités de Paris V et VI

Diplômé d'échodoppler cardiaque (Paris VI)

Casablanca, le : 16/12/2020

**Mme. SINNAS Khadija**

238  
TEMESTA 1 mg : 1 comp. le soir au besoin



238  
*Dr. Hassan MIR  
Cardiologue  
Bd. Anfa 79 Rue Jaber Ben Hayane  
Casablanca  
Tel: 05.22.22.21.34 / 09.11.13.209*

صيغة ملحوظة  
**PHARMACIE CAMELIA**  
Mme. LEMSEFFER MENJRA Mounia  
29, Rue Hassan Souktani  
Tél: 0522 27 17 07 - Casablanca

L01 : 19E002  
PER.: 11/2021

TEMESTA 1MG  
CP SEC 850

P.P.V : 23DH00



Adresse : N° 79 rue Jaber Ben Hayane, Bd ANFA  
(en face de la commune Sidi Beyout), CP 20020, Casablanca

Bur : 0522222134 -0520070709 Bur mobile : 0664514961 Urgences : 0661 13 83 31

ICE : 00168117200008 INP : 091113209 - Email : hassanemir@gmail.com

Cabinet de Cardiologie

Docteur Hassane MIR

79, rue Jaber Ben Hayane 20020 Casablanca

Tél : 05 22 22 21 34 / 58

INP : 091113209

NOTE D'HONORAIRES DU 16/12/2020

Nom du patient : SiNASS Khadija

Actes : écho Doppler cardiaque

Somme : 1000,-- Dhs  
(mille DHS)

Dr. Hassane MIR  
Cardiologue  
Bd. Anfa 79 Rue Jaber B. Hayane  
Tél : 05 22 22 21 34 / 58 Casablanca  
INP : 091113209

**CABINET DE CONSULTATION ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES**

79, rue Jaber Ben Hayane, Bd d'Anfa 20020 Casablanca Tél : 0522 222134 / 0520070709

e-mail : hassanemir@gmail.com

**ECHO-DOPPLER CARDIAQUE****NOM : SINNAS Khadija**

Age : 76 ans

Motif : HTA, DE

Echogénicité : bonne

**Date : 16/12/2020**

Taille : cm

Poids : Kg

SC : m<sup>2</sup>**MESURES :**

Aorte	26	mm (sinus)	Septum	9	mm
OG	39	mm (TM)	P. post	8	mm
VG d	52	mm (TM)	VD	12	mm
VG s	34	mm (TM)	FC	65	bpm
FEVG	63	% Teicholtz			
	65	% Simpson a4c			

**COMMENTAIRES :**

Aorte initiale non dilatée, à valves légèrement épaissies, s'ouvrant normalement en systole. Pas d'insuffisance aortique.

Oreillette gauche non dilatée.

Valves mitrales fines.

Insuffisance mitrale minime télésystolique.

Flux mitral E/A = 0,84. E/E' septal = 11. E' septale = 11 cm/s

Ventricule gauche non dilaté, non hypertrophié, de cinétique normale.

Cavités droites non dilatées.

Valves tricuspides fines.

Insuffisance tricuspide minime. PAPS 20 + 5 = 25 mmHg.

Pas de thrombus intracavitaire.

Pas d'épanchement péricardique.

**CONCLUSION :**

IM minime.

Fonction systolique VG normale.

Pressions de remplissage VG normales.

PAPS normale.

