

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.

Biologie 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.

Educations :

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



Déclaration de Maladie

N° P19-0049312

56141

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2848

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Taoufik Kenza

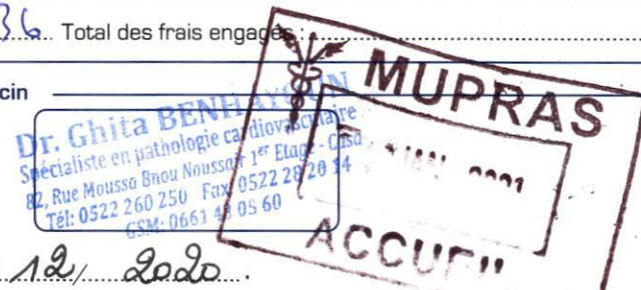
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0669078636 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14 / 12 / 2020

Nom et prénom du malade : TAZ: Kenza

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : palpitations

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 :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 14/12/20 | C+ECG+ ECHO | | 1100,00 |  |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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

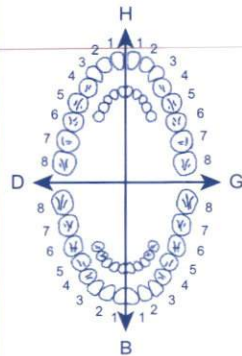
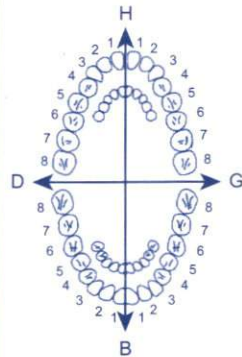
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

| 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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | 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'EXEC

Dr. Ghita BENHAYOUN

Spécialiste en pathologie cardiovasculaire
D.I.U Echocardiographie
de la Faculté Victor Segalen Bordeaux II
D.U cardiologie pédiatrique
de la Faculté René Descartes Paris V



د. غيثة بن حيون

اختصاصية في أمراض القلب و الشرايين
دبلوم الفحص بالصدى بكلية بورديو II
دبلوم أمراض القلب عند الأطفال بكلية باريس V

Le :
Le 14/12/2020

Melle Tazi Kenza

Note d'honoraire N°249/2020

C2+ECG :300 Dhs

Echocoeur:800 Dhs

Total :1100 Dhs

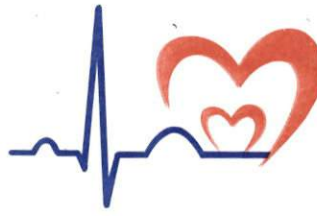
IF : 15162455

ICE : 001734293000063

Dr Ghita BENHAYOUN
Cardiologue
82, Rue Moussa Ibnou Noussair
1er Etage - Casablanca
Tél: 05 22 26 02 50 - GSM: 06 61 43 05 60

Dr. Ghita BENHAYOUN

Spécialiste en pathologie cardiovasculaire
D.I.U Echocardiographie
de la Faculté Victor Segalen Bordeaux II
D.U cardiologie pédiatrique
de la Faculté René Descartes Paris V



د. غيثة بن حيون

اختصاصية في أمراض القلب و الشرايين
دبلوم الفحص بالصدى بكلية بوردو II
دبلوم أمراض القلب عند الأطفال بكلية باريس V

Le : **Le 14/12/2020**

Melle Tazi Kenza

Compte rendu d'Echocoeur

**Ao : 25
OG : 28**

**SIV : 9
PP : 12**

**VG : 38/23
PR : 38%**

FE : 69%

- VG non dilaté, non hypertrophié, bonne cinétique segmentaire et globale, bonne fonction systolique du VG, Profil mitral normal
- Valves mitrales fines:
 - o Pas de RM
 - o IM minime
- Valves aortiques fines
 - o Pas de Rao
 - o Pas d'IAo
- OG non dilatée, SOG : 14 cm², semble libre d'échos
- Cavités droites non dilatées, bonne fonction VD
 - o IT grade I => PAPS : 21 + 5 = 26 mmHg
- VCI non dilatée
- Pas d'épanchement péricardique

Au total :

- IM minime physiologique
- Bonne fonction VG
- Pas d'HTAP

Dr Ghita BENHAYOUN
Cardiologue
82, Rue Moussa Benou Noussair
1^{er} Etage - Casablanca
Tél: 0522 26 02 40 - GSM: 0661 43 05 60

Dr BENHAYOUN Ghita

Nom : TAZI KENZA SN : 0004767

Sex : Case No. :

Age : 23Y Lit No. :

Clinique N : Date : 14/12/2020

Section :

Fréquence: 1000Hz

Temps d'écha 15s

FC: 111bpm

P Interval: 74ms

QRS Interval: 76 ms

T Interval: 197 ms

PR Interval: 105 ms

QT Interval: 341 ms

QTc Interval: 463 ms

P Axis: 72.20°b

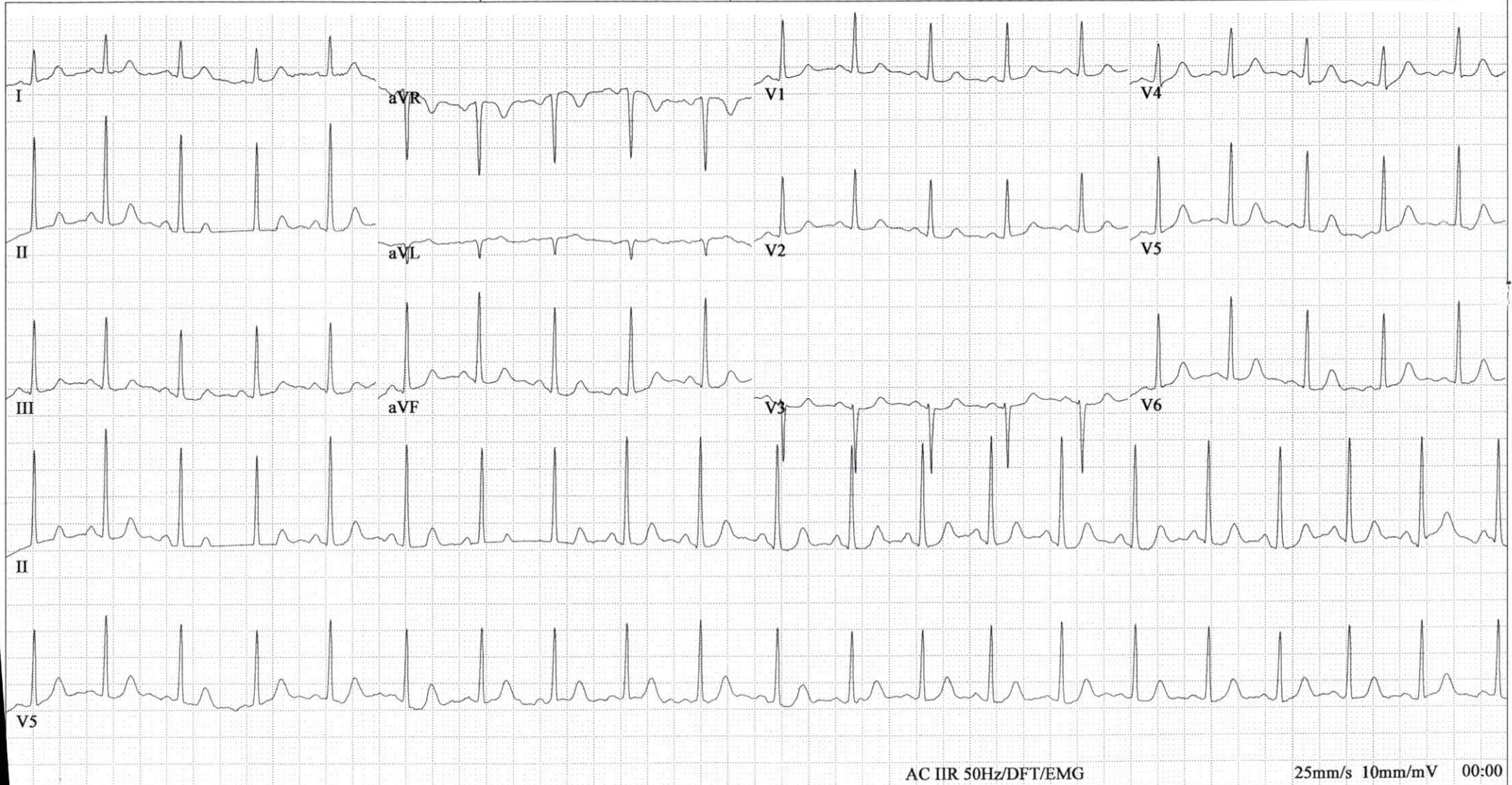
QRS Axis: 69.60°b

T Axis: 46.40°b

Prompt:

RMsa' m gr
Ane aus l
pas de lste
de repol'sat

Signature Medecin :





| | |
|---|-------------------|
| 1 | Diarm A = 2.50 cm |
| 2 | Diarm B = 2.84 cm |
| 3 | Diarm C = 1.14 |

1421.8-022
30/12/97

Cabinet DR BENHAYOUR M35 MI 1.2
14/12/20 13:49:05 ADM Cardiaque T16.07

(36) tazi kenza
30/12/1997

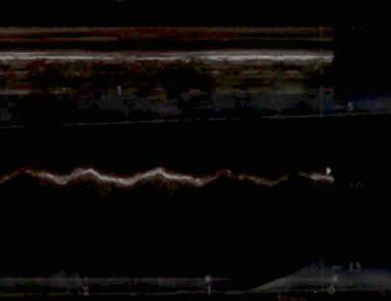
Cabinet DR BENHAYOU M35 MI 1.0
14/12/20 13:49:49 ADM Cardiaque Tlx 1.8



(36) tazi kenza
30/12/1997

Cabinet DR BENHAYOU M35 MI 1.0
14/12/20 13:49:21 ADM Cardiaque Tlx 0.7

| TE | |
|-----------------|----------|
| 1 SIvd | 0.85 cm |
| SIv | 1.36 cm |
| VGd | 3.80 cm |
| VGv | 2.33 cm |
| PPVGd | 1.36 cm |
| PPVGv | 1.30 cm |
| Vol Teled Teich | 62.01 ml |
| Vol Telex Teich | 18.64 ml |
| FE Teich | 69.93 % |
| Vol Eject Teich | 43.36 ml |
| ER | 38.81 % |



(36) tazi kenza
30/12/1997

Cabinet DR BENHAYOU MDS M6 6
14/12/20 13:50:43 ADM Cardiaque Tls 1.0

● Ht
1.5 1.26 cm



(36) tazi kenza
30/12/1997

Cabinet DR BENHAYOU MDS M6 6
14/12/20 13:50:22 ADM Cardiaque Tls 1.7

● Ht
v 2.28 m/s
p 20.72 mmHg

