

# 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.

## Diologie 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.

## Éducation :

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 canalaire, 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 canalaire.

## 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 caractére 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

Nº P19- 045638

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8902

Société : 57189

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL KATMOU R MOHAMMED

Date de naissance : 25/06/1967

Adresse :

Tél. : 0661296249

Total des frais engagés :

40000

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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 : .....

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-045638

TEST EN PROGRESS

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 8902

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : 40000

Date de dépôt : .....

#### **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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire ou du radiologue	Date	Désignation des Coefficients
Docteur Jamal A CARDIO MAMMOGRAPHIE INP : 1010032763	27/01/2023	Docteur Jamal A CARDIO MAMMOGRAPHIE Rés. Mamounia Bld des Montagnaires Av. Hassan II 1010032763 Tél.: 06 37 70 34 72 - 06 83 11 00 00 INP : 1010032763

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

#### **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 canalaires, ainsi que le bilan de

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# CLINIQUE RABAT ZAERS

MEDICO - CHIRURGICALE  
AVENUE MOHAMED VI-RABAT  
Tél: 05 37 65 65 65 /Fax: 05 37 65 65 75

## F A C T U R E

N° 4 061 / 2020 du 27/11/2020

Nom patient	EL KATMOUR MOHAMMED	Entrée 27/11/2020	Sortie 27/11/2020
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
EPRÉUVE D'EFFORT	1,00	EE	800,00	800,00
			Sous-Total	800,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>800,00</b>

	Total général	800,00
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> HUIT CENTS DIRHAMS		

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	800,00	800,00	0,00



# CENTRE CARDIOLOGIE



## EPREUVE D'EFFORT SUR TAPIS ROULANT RABAT ZAERS

### INFORMATIONS PATIENT

Nom : EL KATMOUR Mohammed , age : 53 ans FMT : 167

Date de l'Examen : 27/11//2020

Médecin traitant : DR J AGOUMY

/

Raison de l'examen : cumul de FRCV : HTA et tabac

	FC	TA	SYMPTOMES	ECG
REPOS	70	110/60	0	BBD
STADE I	100	120/60	Non	RAS
STADE II	120	125/70	Non	RAS
STADE III	140	140/85	0	RAS
STADE IV	160	150/90	0	RAS
Récupération 1	108	160/80	RAS	RAS
Récupération 2	105	150/70	RAS	RAS

Cause de l'arrêt de l'épreuve : épuisement

CONCLUSION :

- Epreuve d'effort maximale ( 97 % FMT) NEGATIVE sur le plan clinique et électrique
- Chiffres tensionnels normaux à l'effort
- Absence de troubles du rythme

Dr Jamal AGOUMY

Docteur Jamal AGOUMY  
Centre Cardiologie (ex. CTM)  
Ref. Hassan Mamouni, BIE (ex. Rabat)  
Tel. 05 34 72 36 63 13 06 07  
INP : 101003275

**ABP Report**  
Altgasse 68 6341 Baar Switzerland

**Nom du patient :** MOHAMMED EL KATMOUR

**Enregistrement Date :** 23/11/2020

**No. du patient:**

**ID Cas:**

**Données du patient**

<b>Nom du patient</b>	<b>EL KATMOUR MOHAMMED</b>	<b>Région</b>	:
<b>No. du patient :</b>		<b>Age</b>	: 53 ans
<b>Date de naiss. :</b>	<b>24/07/1967</b>	<b>Adresse</b>	:
<b>Sexe</b>	: homme	<b>Poids</b>	: -
<b>Stimulateur cardiaque</b>		<b>Taille</b>	: -
<b>Ethnie</b>		<b>IMC</b>	: -
		<b>Appareil</b>	: 290.0010729

**Historique**

Date	Emplacement	SYS [mmHg]	DIA [mmHg]
-	-	-	-

**Raison du test**

[Large empty box for notes]

**Médicaments actuels**

[Large empty box for notes]

**Interprétation du médecin**

*9/11/2020 Normal*

*Dr. P. Muster*

*Dr. Abaaqil BENARDES LAN*  
*Spécialiste en Cardiologie*  
*1 Rue Al GAMZE, App N° 5 - Agdal - Rabat*  
*Tel: 05 37 77 24 - Fax: 05 37 77 45*

*Signature: [Handwritten signature]*

Interprété par : Dr. P. Muster

### OREILLETTE GAUCHE :

- Diamètre antéropostérieur = 42 mm.
- Pas de thrombus visible en intra-auriculaire.

### VENTRICULE GAUCHE :

- Diamètre TD = 52 mm.
  - Diamètre TS = 34 mm.
- \* Septum inter ventriculaire = 10.5 mm.  
\* Paroi inférieure = 10 mm.

### CONTRACTILITE DU VG

- % raccourcissement : 37 %.
- Fraction d'éjection : 75 %.
- Débit cardiaque est normal.
- Pas de trouble de la contractilité segmentaire et globale.
- Bonne fonction systolique.

### LES CAVITES DROITES :

- Sont normales.
- TAPSE = 26 mm.

### PERICARDE : - Normal.

### CONCLUSION

- Les structures valvulaires mitro-aortiques sont normales de bonne cinétique et de bonne mobilité.
- Le ventricule gauche de bonne dimension et de bonne contractilité segmentaire et globale.
- Bonne fonction systolique.
- Les cavités droites sont normales.
- Doppler : \* E/A > 1.
- Pas d'élévation des pressions de remplissage.
- Pas d'insuffisance mitrale.
- pas d'insuffisance tricuspidienne.

*Dr. Abdeljalil BENABDESLAM  
Spécialiste en Cardiologie  
7 Rue AL Ghazouani, Appt N° 6 - Agdal - Rabat  
Tél : 05 31 77 77 45*

Dr. A. BENABDESLAM

## Compte-rendu Echo cardiographique

NOM : EL KATMOUR

Médecin demandeur : Dr. BENABDESLAM.

Prénom : MOHAMMED

Médecin opérateur : Dr. BENABDESLAM.

Sexe : MASCULIN

Date d'examen : 23/11/2020

### AORTE

Diamètre : - Diamètre de l'aorte sus sigmoïdienne = 28 mm.

- Diamètre de l'aorte thoracique = 32 mm.

- Les sigmoïdes aortiques sont normales de bonne cinétique et de bonne mobilité.

Doppler : - Flux aortique est normal.

- pas de gradient de pression Aorto-ventriculaire.

### MITRALE

• Structure : - Normale.

• Surface : - Normale.

• Doppler : - E/A > 1.

- TDE = 199 ms

- Onde E = 0.75 m/s

- Onde A = 0.87 m/s.

- EM / EA < 8.

- Pas d'insuffisance mitrale.

- Pas d'élévation des pressions de remplissage.

TRICUSPIDE : - Pas d'insuffisance tricuspidienne.

PULMONAIRE : - Normale.