

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

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.

ptique :

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.

ntaire :

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.

aladie 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- 054175

Maladie

Dentaire

Optique 59202 Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2264 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MOUHLIB, M. IDRISSI, Djalma

Date de naissance : 02/02/1951

Adresse : Hay M. ALBONNAH Rue 6 n° 26

Arr. CHOK CASABLANCA - 2178,50 Dhs

Tél. : 06 65 29 38 98 Total des frais engagés

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 : Casablanca Le : 20/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT
Déclaration de maladie Nº P19-054175

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 : 2264
Nom de l'adhérent(e) : MOUHLIB
Total des frais engagés : 2178,50
Date de dépôt :

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

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.

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° W19-542527

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) : 2264 Matricule : 2264 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Mouhib El Jaidi mohamed

Date de naissance : 02/02/1951

Adresse : Hanq Morbouf 6 Rue G. Nade

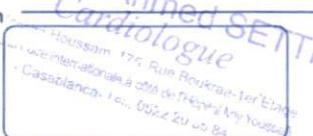
Aïn Chok

06 65 29 88 88

Total des frais engagés : 2178,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/11/2020

Nom et prénom du malade : Mouhib El Jaidi mohamed Age : 69

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 : Casablanca Le : 20/11/2020

Signature de l'adhérent(e) : Mouhib El Jaidi mohamed

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-542527

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 : 2264

Nom de l'adhérent(e) : Mouhib El Jaidi mohamed

Total des frais engagés : 2178,50

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
20/11/2011	consultation	1	300,00	INP Casablanca - Doc. 0112011001
20/11/2011	consultation	1	1000,00	Signature

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 506, Bd. Abdellatif Hay Hay, Abdellatif Ain el-Stock - Rabat Tel: 05 22 52 87 67 Casablanca	26/11/05	678,55

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

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

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 HONORAIRE																		
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 l'ODF.																		
	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"/>															
		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
		<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
		H																
		25533412	21433552															
00000000		00000000																
D		G																
00000000		00000000																
35533411		11433553																
B																		
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																		

Docteur Ahmed SETTI

Cardiologue

Diplômé de la Faculté de Médecine de Lille

Ancien Médecin des Hôpitaux de France

160,90

160,90



Cabinet de Consultations
d'Explorations Cardio-Vasculaires

160,90

160,90
160,90

160,90

160,90



After 100/21

Coavcor 300/25 1

600

34,000

160,90 x 5

878,50



37,00

37,00

SETTI

Docteur Ahmed SETTI

Cardiologue

Diplômé de la Faculté de Médecine de Lille

Ancien Médecin des Hôpitaux de France

الدكتور أحمد السطي

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

خريج كلية الطب ببلد

طبيب سابقاً ب المستشفيات الفرنسية



Cabinet de Consultations
et d'Explorations Cardio-Vasculaires

Casablanca le 20/11/20

Docteur Ahmed SETTI

Nom et prénom du malade : Dr. JASSIM EL HOUSSAMI

900

NOTE D'HONORAIRES

- > 550 DHS.
> Dr. Dr. JASSIM EL HOUSSAMI 1000 DHS.
..... Dr. Dr. JASSIM EL HOUSSAMI 1000 DHS.

TOTAL

1550 DHS

Arrête la facture à la somme de :

..... Dr. Dr. JASSIM EL HOUSSAMI 1550 DHS

..... Dr. Dr. JASSIM EL HOUSSAMI 1550 DHS

Dr SETTI



Docteur Ahmed SETTI

Cardiologue

**Diplômé de la Faculté
de Médecine de Lille**

**Ancien Médecin des Hôpitaux
de France**

**Cabinet de Consultations
et d'explorations Cardio-Vasculaires**

الدكتور أحمد السطّي
إختصاصي في أمراض
القلب والشرايين
خريج كلية الطب بليل
طبيب سابق بمستشفيات
فرنسا

Casablanca le 20/11/2020

Mr MOUHIB EL IDRISI MED

COMPTE RENDU DE L'ECHOCARDIOGRAPHIE DOPPLER COULEUR:

*Fonction systolique ventriculaire gauche conservée avec une fraction d'éjection à 60 %.
Fonction VD normale.*

Aorte initiale non dilatée.

Pas de dilatation cavitaire aussi bien à droite qu'à gauche.

Pas de troubles de la cinétique segmentaire.

Hypertrophie minime des parois myocardiques du VG.

Pas de thrombus intracavitaire ou de végétations oslériennes en transthoracique.

Les différents jeux valvulaires sont bien conservés.

Absence d'épanchement péricardique.

*L'étude doppler couleur ne met pas en évidence de valvulopathie significative.
On note aussi une fuite tricuspidienne physiologique, estimant des pressions pulmonaires normales.*

Le flux transmitral antérograde est inversé.

Temps de décélération à 206 ms, rapports Em/Ea à 7.5 et Em/Vp à 1.1, le tout en faveur de la normalité des pressions de remplissage ventriculaire gauches.

Le débit cardiaque est conservé. La surface mitrale fonctionnelle est normale.

EN CONCLUSION :

*Cardiomyopathie hypertensive minime, à fonction systolique VG conservée.
Pressions de remplissage ventriculaire gauches et pulmonaires normales.
Absence de valvulopathie significative.*

*Sensible à votre confiance
DR.SETTI*

*Docteur Ahmed SETTI
Cardiologue
Résidence Jassim Houssam, 175, Rue Boukraa - 1er étage
(Rue de la Foire Internationale à côté de l'Hôpital Mly Youssef) - Tél.: 05 22 20 35 84 - Tél./Fax : 05 22 20 35 88 - GSM : 06 61 14 32 01*