

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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhession@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.

M22- 0005339

Optique *116796* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : *0008207*

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Amche chama

Date de naissance :

07/06/1959

Adresse : *Hay hassani magola rue tissaneche 14.8 Casablanca*

Tél. : *06 62 2655*

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *24/05/2022*

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Cirr. de l'heureuse

Age : Pathologie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

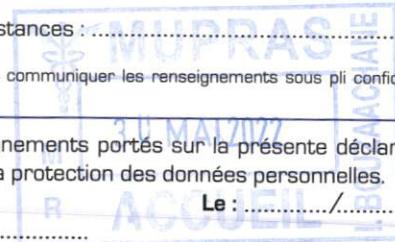
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :



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
24/05/2024			echéance 2 700.00	DR. A. V. CARDIOLOGUE Site Estuaire 21/05/2024

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

**CABINET DE
CARDIOLOGIE**



عيادة أمراض
القلب و الشرايين

**Dr ATMANI Najat
05 22 65 35 35**

ORDONNANCE

Casablanca, le 24/05/2022

Facture

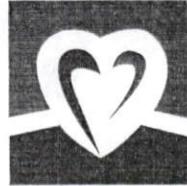
ARCHE CHAMA

Acte	Honoraire
Echo doppler Cardiaque	700.00 Dh
Total	700.00 Dh

Arrêté la présente facture à la somme de :
700.00 Dirhams

*Dr. ATMANI N:jat
9 OP CARDIOLOGUE
Appt 4 Cite Essalam Etg rd
Tel: 05 22 65 35 35
Casablanca*

**CABINET DE
CARDIOLOGIE**



عيادة أمراض
القلب و الشرايين

Dr ATMANI Najat

06 66 13 58 43

ORDONNANCE

24/05/2022

Casablanca, le

ARCHE CHAMA

OG : diamètre : 34 mm

Surface : cm^2

Volume : 57 ml

A ascendante : 22 mm
mm

Os : 16 mm

Diamètre A :

VG : 59/43 /mm
0.94mm

SIVd : 0.76 mm

PPVGd :

FE : 52 %

SIMPSON : 43 %

Sa : 7.78 cm/s

E/A : 0.65

E/Ea : 6.91

Ea lat : 8.06cm/s

SM : bonne cm^2

PHT : ms

Vmax mitr1.73 : m/s

ITV A :

ITV SA :

Surface A : cm^2

Vmax A : m/s
mmhg

Grad moy A : 3.62 mmhg

Grad moy PULM : 0.44

PAPs : 21.6 mmhg

DVD diast : 25 mm

Sa VD : 11.67cm/s

VCI : 20 mm

COMMENTAIRE :

- Cardiopathie à la surface nodale marquée sur VG peu distale (89/43).
fApt nodale = (FE = 52 + w 30) ; et fA = 43 + w
(niveau brachial)

- La fapt brachiale est bonne (w = 7,50)
- Minimum fonctionnel OG peu distale libres de

les STHR - flux pulmonaire mal

Dr. ATMANI Najat
CABIOLOGIE
9 Op Cite Essalam Etg rd Appt 4 GH 2 - Oulfa - Casablanca
Tél.: 05 22 65 35 35 - E-mail : najatatmani20@gmail.com

2022-05-24

9 Op Cite Essalam Etg rd Appt 4 GH 2 - Oulfa - Casablanca

Tél.: 05 22 65 35 35 - E-mail : najatatmani20@gmail.com

100 100 100 100 100 100 100 100 100 100