

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 canaux, 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 canaux.

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 : 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

M22- 0005339

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0009207 Société : 116796

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Arche Chama

Date de naissance : 07/06/1959

Adresse : Hay Hassan Mazala rue 7 immeuble 48 Casablanca

Tél. : 06 62 26 55 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 : Crise hypertensive post opératoire

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
24/05/2022			200 000	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 colspan="2">D</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>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXECUTION

**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

Echo doppler Cardiaque

Total

Honoraire

700.00 Dh

700.00 Dh

Arrêté la présente facture à la somme de :
700.00 Dirhams

Dr. ATMANI Najat
CARDIOLOGUE
9 OP Cite Essalam Etg rd Appt 4 GH 2 - Oulfa - Casablanca
Appt 4 GH 2 - Oulfa - Casablanca
Tél: 05 22 65 35 35

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 : diametre : 34 mm Surface : cm² Volume : 57 ml
A ascendante : 22 mm Os : 16 mm Diametre A :
mm
VG : 59/43 /mm SIVd : 0.76 mm PPVGd :
0.94mm
FE : 52 % SIMPSON : 43 % Sa : 7.78 cm/s
E/A : 0.65 E/Ea : 6.91 Ea lat : 8.06cm/s
SM : bonne cm² PHT : ms Vmax mitr 1.73 : m/s
ITV A : ITV SA : Surface A : cm²
Vmax A : m/s Grad moy A : 3.62 mmhg Grad moy PULM : 0.44
mmhg
PAPs : 21.6 mmhg DVD diast : 25 mm Sa VD : 11.67cm/s
VCI : 20 mm
COMMENTAIRE :

Dr. ATMANI Najat
CARDIOLOGUE
9 Op Cite Essalam Etg Rd Appt 4 GH 2 - Oulfa - CASABLANCA
Tél : 05 22 65 35 35

- Cardiographie intracavitaire normale montrant
sur VG peu distendu (59/43). Avec
ft apt normale = (FE = 52 + w BD) ; cf FE = 43 - en
simplon biphase
- la ft apt hystérilable est bonne avec ft apt =
24 minimum fonctionnelle. VG peu distendu libéré
des ATHTZ - flux pulmonaire normal

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

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

24/05/2022