

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 à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quai Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-695966

190248

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9565		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	MASSOUN Mohamed
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 066111498		Total des frais engagés :	
Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Dr BOUKHIMA Naoufel, Spécialiste en Cardiologie, 3d Zerktouni, Espace Errada, Casablanca, 0522 26 10 66 - 0522 26 1067			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 10.103.12022			
Nom et prénom du malade : MASSOUN KANTAN Age:			
<input type="checkbox"/> Lien de parenté : Parent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Douleur thoracique			
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 : Carap Le : 10.103.12022			
Signature de l'adhérent(e) :			

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 : **Carap** Le : **10.103.12022**

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 attestant le paiement
10.03.2022	- CS	300	300	INP : 092022482
<i>Echocardiographe Cardiologue</i> <i>Spécialiste en Cardiologie</i> <i>52 Bd Zerkoulli, 10000 Casablanca</i> <i>52 Bd Zerkoulli, 10000 Casablanca</i>				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D'UNE D'ANFA 11 Avenue Driss Staoui Casablanca Tél : 0522 39 30 30 N° INPE : 092022482	10/03/2022	154.80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

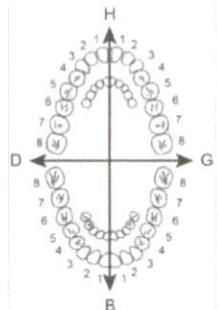
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

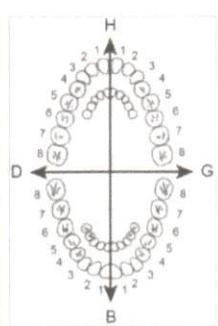
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
G		
B		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



عيادة أمراض القلب والشرايين

CABINET CONSULTATION ET D'EXAMINATIONS FONCTIONNELLES

Espace Erreda, 52 Bd. Zerkouni - CASA - 3305 22 26 10 66 / 05 22 26 10 67

(Face au Marché des Fleurs)

FEUILLE D'HONORAIRES

Nom du Consultant : - MASSOUNI Kawtar

Actes : - CS

- Echodoppler Cardiaque

Honoraires : - 1200 DH

Mille Deux Cent Dirhams

ieur BOUKIIMA Naoua

spécialiste en Cardiologie

Bd Zerkouni, Espace Erreda

Casablanca

t : 0522 20 10 66 - 0522 26 10 67

Casablanca, le :

10.03.2022

ECHOCARDIOGRAPHIE DOPPLER TRANSTHORACIQUE

Date : 10.03.2022
Patient : MASSOUN-Kawtar

MESURES

VENTRICULE GAUCHE

Diastole : 48 mm
Systole : 29 mm
Septum : 8 mm
Paroi post : 8 mm
AORTE : 27 mm
Oreillette G : 30 mm
INFUND. VG : mm

SYSTOLE

Fr. raccourc : 38 %
Fr. ejection : %
Débit card. : ml/mm
Index card. : ml/mm
dp /dt VG : mmHg/s
Masse VG : g
Index M. VG : g/m²

DIASTOLE

E/A :
TRIV ms
TA / TE :
Fréq. Card. : batt/r
RVS :
RVP :

ECHO MODE M ET BI-DIMENSIONNELLE

VENTRICULE GAUCHE

Valve aortique : normale
Valve mitrale : normale
Cavité : normale
Epais. Parois : normale
Dyn . globale : bonne
Dyn . Segmentaire : homogène

VENTRICULE DROIT

Valve pulmonaire : normale
Valve tricuspide : normale
Cavité : normale
Parois : normales
Dynamique : bonne

OREILLETTES

Droite : normale
Gauche : normale
Septum interauric : normal

PERICARDE

GRANDS VAISSEAUX

Veine cave inf. : collapsus inspiratoire
Aorte : normale y compris origine des coronaires et la crosse de l'aorte
Artère pulmonaire : normale

DOPPLER SPECTRAL ET COLOR -FLOW

Flux aortique : IAo discrète
Flux mitral : E > A. E/E' : 8
Flux tricuspidien : normal
Flux pulmonaire : normal

CONCLUSION :

- Insuffisance aortique discrète .
- Bonne fonction globale et régionale du ventricule gauche .

Docteur BOUKHIMA Naoual
Spécialiste en Cardiologie
7, Bd Zerkouni, Espace Erreda
Casablanca
T : 0522 26 10 66 - 0522 26 1067

FC 72
 PR 139
 QRSD 84
 QT 372
 QTc 407

--Axe--

P 42
 QRS 30
 T 49

