

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-691504

120942

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	3520	Société :	R.A.M
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	LAMSADDAR Amina Veuve FARHI
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	0689226370	Total des frais engagés :	
Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
	
Date de consultation :	12/05/2022
Nom et prénom du malade :	
LAISSADDAR Amina Age: 69	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : 12/05/2022

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
19/05/2022	CS		SM = 2000 TSC = 250 PN = 200 # 15000 # # 15000 #	INP : L... DINPE : 0911120009 Professeur de Médecine Spécialiste en Maladies Infectieuses Diplômé en Nutrition et Maladies Métaboliques Expert International

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																																	
	SOINS DENTAIRES <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																												INP : <input type="text"/>	
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																													
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																	
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																	
DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																																	
FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																																	
	O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		00000000	00000000	B	35533411	11433553	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																			
		H	25533412	21433552																													
		D	00000000	00000000																													
			00000000	00000000																													
		B	35533411	11433553																													
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																															
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																															
		DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																															



COMPTE RENDU MEDICAL

Patient : Amina Lamsaddar, 69 ans

Date de la visite : 12 Mai 2022

Médecin référent : aucun

Renseignements personnels :

Renseignements

Aucune activité physique régulière

Consommation de tabac 0, consommation d'alcool 0

Consommation de tabac 3; consommation de tabac 4; souhait de faire des changements dans la vie

Renseignements cliniques :

Renseignements cliniques : ATCD personnels : Colopathie fonctionnelle, hypothyroïdie sous traitement (Levothyrox)

ATCD personnels : Compte ATCD familial : RAS

Renseignements diagnostiques :

Renseignements diagnostiques

TA : 132/1 SAC
FC : 65 T° : 36°C

Bilan Biologique demandé

Examen clinique :

Examens cliniques :

Les données d'impédancemétrie indiquent :
Body Type=Over fat IMC = 24.8

Body type—Over fat $\text{HbA}_1c = 7.4\%$ TGC = 25.7% Protéines = 8.5

Poids =67.4 Taille =165* MMS=23.3 MG=24 TGC=35.7%

Folds=67,4 Fami=100
Minéraux=3 12 TBW=31.8 TT=98cm Level=10 BMR=1307

CONCLUSION

CONCLUSION
L'examen clinique et les données d'impédancemétrie objectivent une proportion élevée de tissu adipeux et un tour de taille élevé. A cet effet, **Mme Amina Lamsaddar** nécessite une prise en charge nutritionnelle et d'hygiène de vie physique (activité physique) durant une période d'au moins **2 mois** avant nouveau contrôle.

Date : 12 Mai 2022

Pr. J HEIKEL, MD, MSc, PhD, MBA

Dr. S. RAGHNI, MD

Casablanca le : 12/05/2022

Note d'honoraires

Nom et prénom du patient(e) : Mme Lamsaddar Amina

Consultation spécialisée	300.00
Impédancemètre segmentaire corporelle	250.00
Plan nutritionnel	200.00
Total à payer	750.00

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de : **SEPT CENT CINQUANTE DIRHAMS**

R.J.
Dr. Jaafar HEKEL
Professeur de Médecine
Spécialiste en Maladies Infectieuses
Diplômé en Nutrition et Maladies Métaboliques
Expert International