

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

- 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

M22- 0022857

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02445 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : K. Benada JAOUAD
 Date de naissance : 03-07-52
 Adresse : Mabilue
 Tél. : 0629468965 Total des frais engagés : 300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Anass Inchaoui Cardiologue Tél: 06 70 55 95 97
 Date de consultation : 12/08/2022
 Nom et prénom du malade : K. Benada JAOUAD Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : ATL
 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 : OUSA Le : 16/08/22
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
12/08/2022	CS + ECG	3000		Dr. Anastasakis Cardiologue Tél.: 06 70 55 95 97
	échographie cardiaque			

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

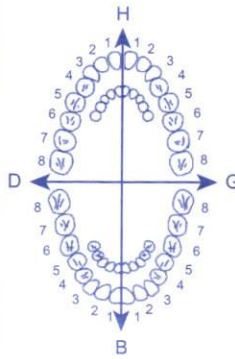
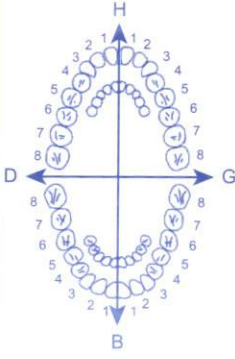
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU Cœfficient MASTICATOIRE																	
	<table><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>D</td><td>G</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	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

FACTURE N°226/2022

DATE 12/08/2022

NOM: KABAILOU BERRADA JAOUAD

DESCRIPTION	QUANTITÉ	PRIX UNITAIRE	TOTAL
CONSULTATION+ECG	1	250,00	250,00
ECHOGRAPHIE CARDIAQUE	1	650,00	650,00
SOLDE			900DH



MOROCCAN HEART INSTITUTE
780, Impasse Modibokeita
Tél.: 0522 83 00 83 / 0522 85 00 13
Fax : 05 22 98 96 96 - Pat : 34753457

Dr. Anass Inchaouh,
Cardiologue
Tél.: 06 70 55 95 97

Moroccan Heart Institute 780, Impasse MODIBO KEITA - Casablanca 20520

Tél.: 05 22 85 00 11 / 12 / 13 - Fax : 05 22 83 85 00 - ICE : 001859090000033 - Patente : 34753457 - I.F : 14421718 - CNSS : 9697866

12/08/2022

COMPTE RENDU D'ECHOCARDIOGRAPHIE

MESURES TM:

SIV: 11mm, PP: 11mm, DTDVG: 50mm

MESURES 2D : OG : 20cm, OD : 16cm

MESURES DOPPLER :

Aorte: ITV ao: 29, ITV ssao: 20, Gmoy: 10mmhg

COMMENTAIRES :

- VG non dilaté, non hypertrophie; Bonne contractilité globale. FEVG estimée à 60%
- Massif auriculaire non dilaté
- Sigmoïdes aortiques tricusp sans fuite sans sténose
- Valves mitrales siège d'une fuite minime sans sténose.
- Cavités droites non dilatées. Bonne fonction longitudinale du VD (TAPSE : 24mm, S'VD à 13cm/s)
- IT minime estimant les PAPS à $30+5=35$ mmHg.
- VCI non dilatée, compliant.
- Péricarde sec.

CONCLUSION :

- Bon VG, FEVG à 60%
- PRVG basses
- Bon VD.
- Pas d'htp

MOROCCAN HEART INSTITUTE
780, Impasse Modibokelita
Tél.: 0522 83 00 83 / 0522 85 00 13
Fax : 05 22 98 96 96 - Pat : 34753457

Dr. Anass Inchaouh
Cardiologue
Tél.: 05 20 55 95 97



ID: berrada

Name: jaouad

Aug-12-2022 8:16 PM

Sex: Male

Birth Date: 4

Years

Medication:

cm

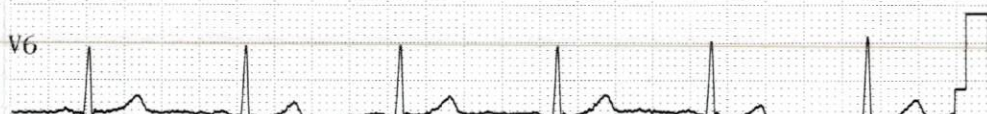
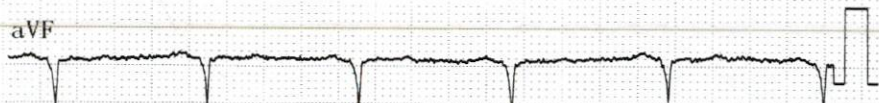
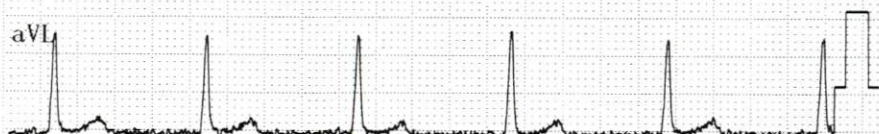
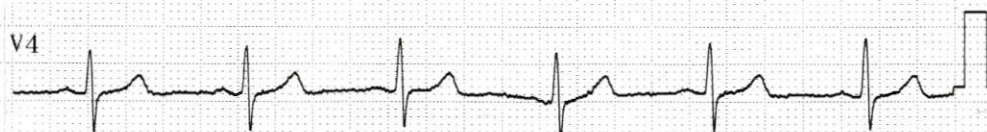
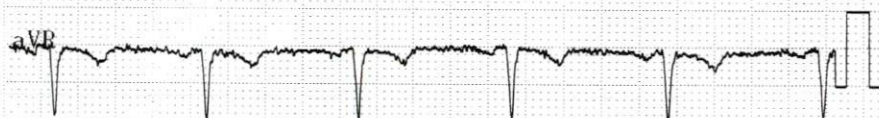
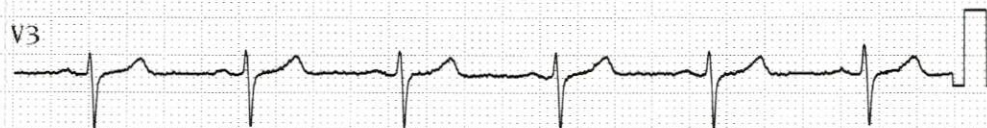
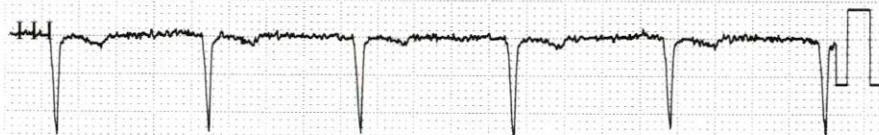
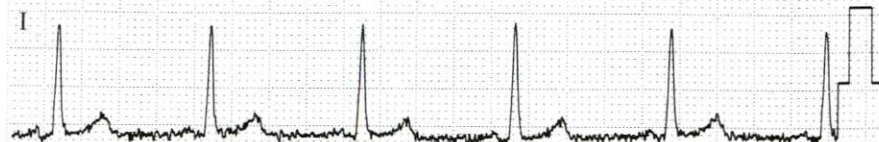
kg

mmHg

73 bpm

10 mm/mV 25 mm/s Filter: H50 d 100 Hz

10 mm/mV



• ID: berrada

Name: jaouad

Sex: Male

Birth Date:

Years

cm

kg

mmHg

Vent rate 72 bpm

PR int 128 ms

QRS dur 84 ms

QT/QTc int 366/ 391 ms

P/QRS/T axis 30/ -17/ 9 °

RV5/SV1 amp 0.935/ 0.920 mV

RV5+SV1 amp 1.855 mV

Dr. Anass Inchaoui
Cardiologue
Tél.: 06 76 55 95 97

152

99

73

1100 Sinus rhythm

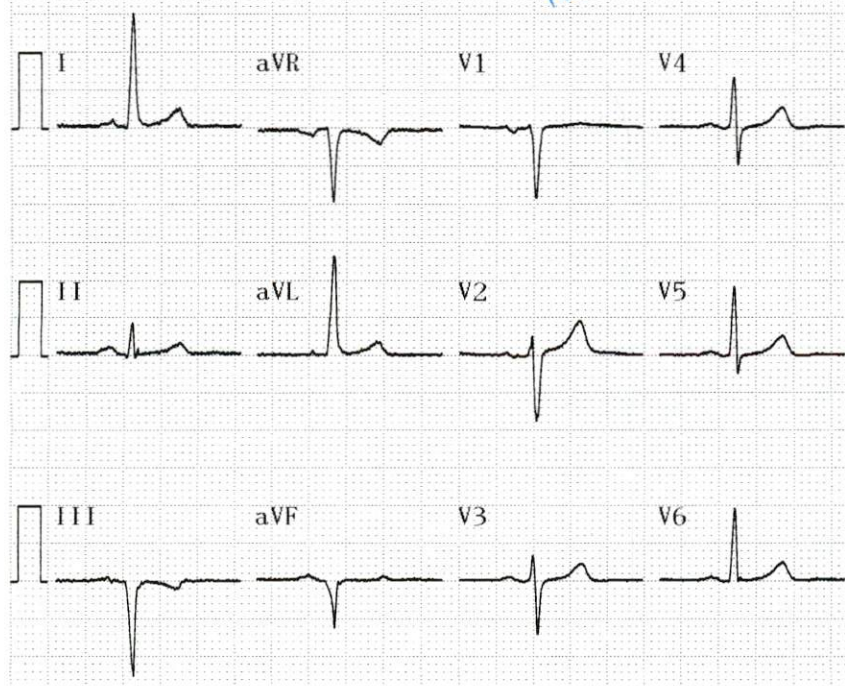
3633 Inferior myocardial infarction, probably old

5222 Moderate voltage criteria for LVH, may be normal variant

9150 ** abnormal ECG **

MOROCCAN HEART INSTITUTE
780, Impasse Modibokeita
Tél.: 0522 83 00 83 / 0522 85 00 13
Fax: 05 22 98 96 96 - Pat: 34753457

10 mm/mV 25 mm/s Average



Unconfirmed Report

Reviewed by:

Exam: