

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge



Déclaration de Maladie

N° W21-726563

129916

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ At

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6126 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENNANI MOHAMMED

Date de naissance : 30-11-52

Adresse : N. de Gougue n°4 villa YALMINA

2150 CASABLANCA

Tél : 06 61 15 36 31 Total des frais engagés : 1000

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15-08-2022

Nom et prénom du malade : BENNANI Mohamed Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : cardiopathie

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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le 12 08 22

Signature de l'adhérent(e) : BENNANI

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
15.08.2022	Echocardiographie			INP : 091057851

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 Particien Date des Soins Nombre des Honoraires Montant détaillé des Honoraires

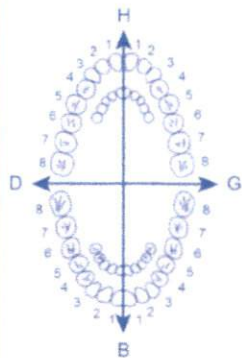
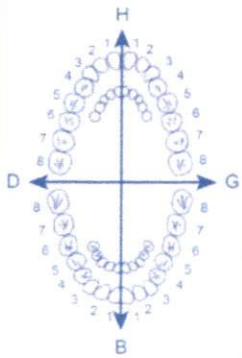
Dr. EL MARIHOUTI
Dentiste
N° 052211558
Casse 8
Avenue de la République
Sousse 4000

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []														
				MONTANTS DES SOINS []														
				DEBUT D'EXECUTION []														
				FIN D'EXECUTION []														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX []														
	<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		MONTANTS DES SOINS []
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS []														
				DATE DE L'EXECUTION []														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF
Cardiologie adulte et pédiatrique
Explorations Cardio-vasculaires

5, rue Mohamed Abdou CASABLANCA

Tél. : 0522.29.81.55 / 59 ou 0522.47.26.89

Fax : 0522.22.62.97

GSM cabinet : 06 78 18 18 16

Casablanca, Le 15/08/2022

Mr BENNANI Mohamed

ECHO DOPPLER CARDIAQUE

Dim.vgtd= 42

Dim.vgts= 28

%racc.= 31

Ep.ppvgt= 11

Siv td= 11

Dim.racine ao= 34

Dim.og.= 34

Ouv.sigm.ao= 19

Commentaires:

Oreillette gauche dilatée à 24.2cm²

Ventricule gauche de taille normale.

Fonction ventriculaire gauche normale.

Fraction d'éjection Simpson = 63%

Mitrale:

Insuffisance mitrale grade 1

Le rapport E/A < 1 m/s avec l'onde E= 0.64m/s.

Aorte:

Micro fuite aortique.

La Vmax = 1.12m/s.

Tricuspide:

Insuffisance tricuspidiennne grade 1.

La pression artérielle pulmonaire systolique calculée à partir de l'IT est à 30 mmHg.

Conclusion:

Insuffisance mitrale grade 1

Micro fuite aortique

Oreillette gauche normale.

Ventricule gauche de taille normale.

Fonction ventriculaire gauche normale.

Fraction d'éjection Simpson = 63%

Pression artérielle pulmonaire normale

N.B : Sténose modérée calcifiée des deux carotides estimée à 40%

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdou - Casa
Tél : 05 22 29 81 55 / 59 - 05 22 47 26 89

PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF
Cardiologie adulte et pédiatrique
Explorations Cardio-vasculaires

5 rue Mohamed Abdou
CASABLANCA

Tél. : 05 22 29 81 55/59 ou 05 22 47 26 89

Fax : 05 22 22 62 97

Dom : 05 22 79 85 32

15/08/2022

NOTE D'HONORAIRE

Mr Mohamed BENNANI .

Echodoppler cardiaque.....: 1000,00 DHS

La présente facture est arrêtée à la somme de 1000,00 DHS

Ali EL MAKHLOUF
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Mohamed Abdou - Casa
Tél : 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89