

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 des données à caractère personnel.

RAS :Centre Alali Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alali Ben Abdellah - Quartier de l'Horloger Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-711830

150876

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 293	Société : RAN		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	RÉTRAITE
Nom & Prénom : AZIZ ALLAL			
Date de naissance : 1932			
Adresse : N° 56 Rue Nek Elle Hay Arraya Casablanca			
Tél. :	Total des frais engagés : 3534,4 Dhs		

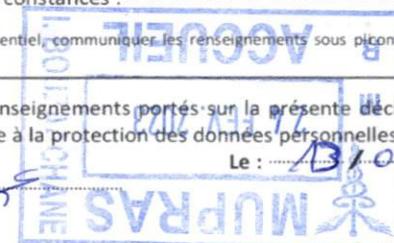
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Dr. Mohammed CHAMIA CARDIOLOGUE HLLB N°17 Place Charles Nicolle Casablanca GSM: 0661 45 08 06 </div>			
Date de consultation : 13/02/2023			
Nom et prénom du malade : Aziz allal Age:			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : hypertension artérielle ; HTA			
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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 13/02/2023



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
13/01/13	CSPECG EDC EDVx cas	7667 355 990	165 168	INP : 09 104 0097 Dr. Mohammed CHAMI CARDIOLOGUE (U.L.B) N°17, PLACE Charles Nicote Casa Tel: 05 22 44 01 GSM: 06 61 45 08 06

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Formulateur	Date Casa	Montant de la Facture
PHARMACIE AL MEDI ALI SARL AU Dr. Aït El JOUAIDI Sidi Maârouf Casablanca Tel./Fax : 05 22 97 32 16 GSM : 06 61 60 54 68	13/01/2013	1234,40

ANALYSES - RADIographies

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

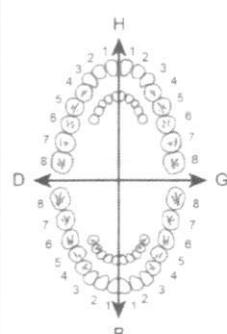
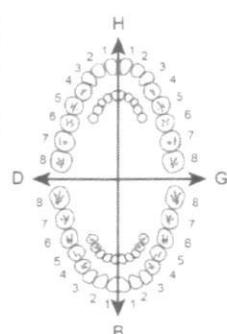
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				
				
O.D.F . PROTHESES DENTAIRES				
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
H	25533412	21433552		
00000000	00000000			
D	00000000	00000000	G	
35533411	11433553			
B				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

Coefficient des travaux

Montants des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

Coefficient des travaux

Montants des soins

Date du devis

Date de l'exécution

CLINIQUE BELLE VILLE
CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Patient : M. AZIZ ALLAL
Séjour : Du 13/02/2023 au 13/02/2023

FACTURE
202300840
Du : 13/02/2023

Etablie par : B. Fatimazahra

Clinique

	Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
ECHODOPPLER DES CAROTIDES		1	1 000,00	1 000,00
ECHOGRAPHIE DOPPLER CARDIAQUE		1	1 000,00	1 000,00
CONSULTATION + ECG		1	300,00	300,00
TOTAL CLINIQUE				2 300,00

Encaissement Compte d'Autrui

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
TOTAL AUTRUI			0,00

Ventes en exonération de la TVA suivant l'article n°91-VI-1° du C.G.I

Arretée la presente facture à la somme de DEUX MILLE TROIS CENTS DIRHAMS

	Patient
Total TTC	2 300,00



Dr Chami mohamed

Cabinet de consultation et
d'exploration Cardio- Vx
tel : 0522 48 44 01

Nom Prénom : Mr Aziz allal
Examen réalisé le 13/02/2023

ECHO-DOPPLER DES TRONCS SUPRA AORTIQUES

Bifurcation et branche carotidiennne :

Calibres normaux INFILTRATION modérée biloatérale

Courbes vélocimétriques : Normales

Analyse spectrale des flux : flux normal

Flux ophthalmique : Oculo fuges, insensibles à la compression des branches des carotides externes

Index de résistance :

Vertébrales :

<i>Calibres :</i>	<i>NORMAUX</i>
<i>Echo-structure pariétale :</i>	<i>; absence de thrombus ;</i>
<i>Courbes vélocimétriques :</i>	<i>normales</i>
<i>Analyse spectrale des flux :</i>	<i>Flux normal</i>
<i>Orientations testées :</i>	<i>normales</i>

CONCLUSION:

L'EXAMEN MET EN EVIDENCE UNE ATHEROMATOSE modérée bilatérale avec sténoses estimées à 60% de l' ACID et 40% bifurcation carotidiennne gauche

Mohammed CHAMI
CARDIOLOGUE (U.L.B)
N°17, Place Charles Nicole
Casa - Tel: 05 22 48 44 01
GSM: 06 61 45 03 06

Dr Chami mohamed

Cabinet de consultation et
d'exploration Cardio- Vx
tel : 0522 48 44 01

Nom Prénom : Mr Aziz allal
Examen réalisé le 13/02/2023

Echodoppler cardiaque

1 / fonction systolique globale conservée FE =60%

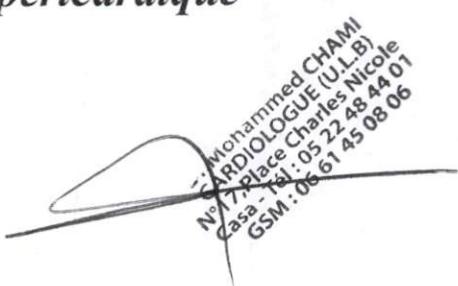
2 / insuffisance mitrale légère grade 2

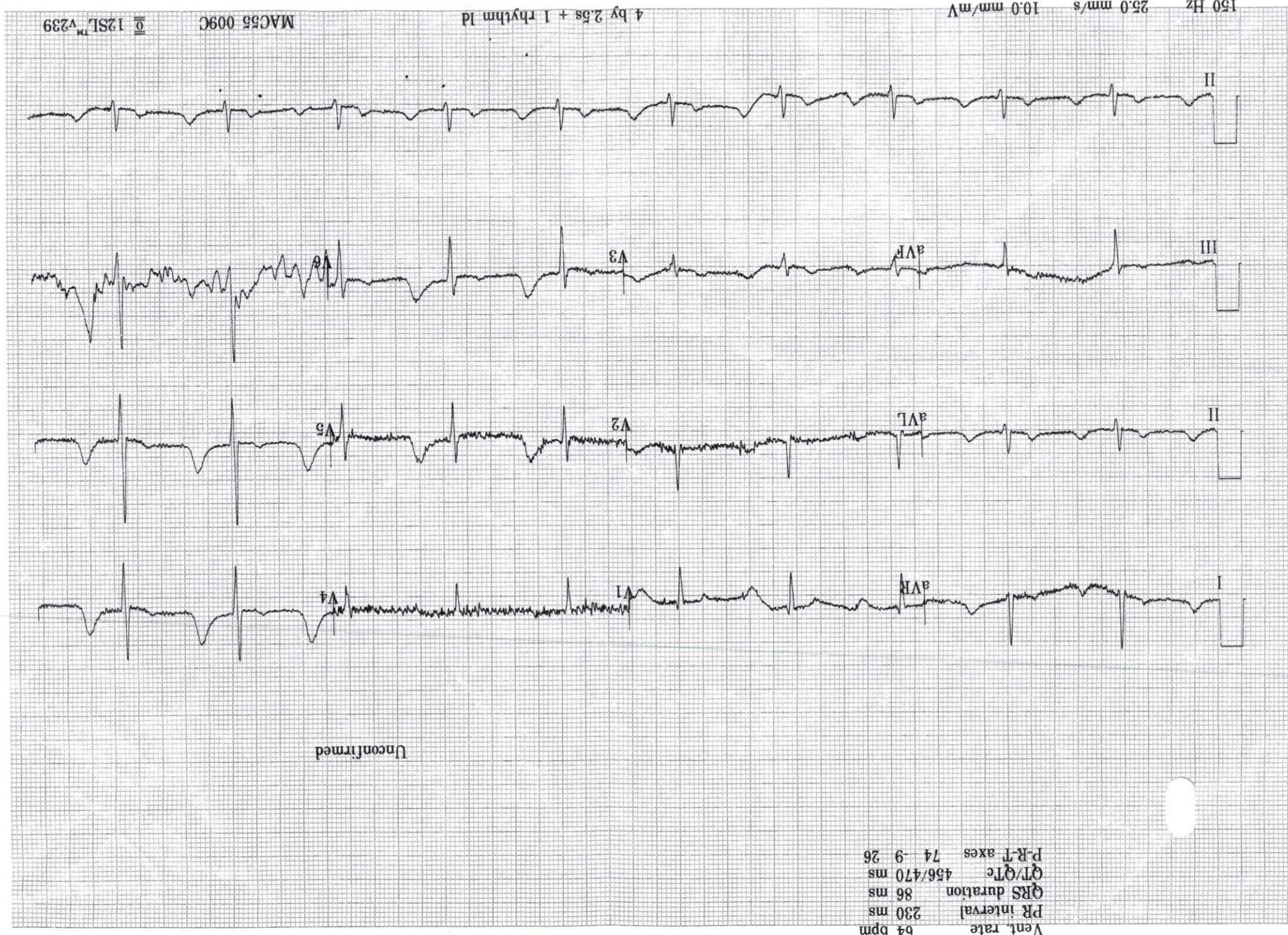
3 / HVG CONCENTRIQUE modérée

4 / dilatation modérée de l'oreillette gauche

5/ HTAP LEGERE PAP sys = 35mmHg

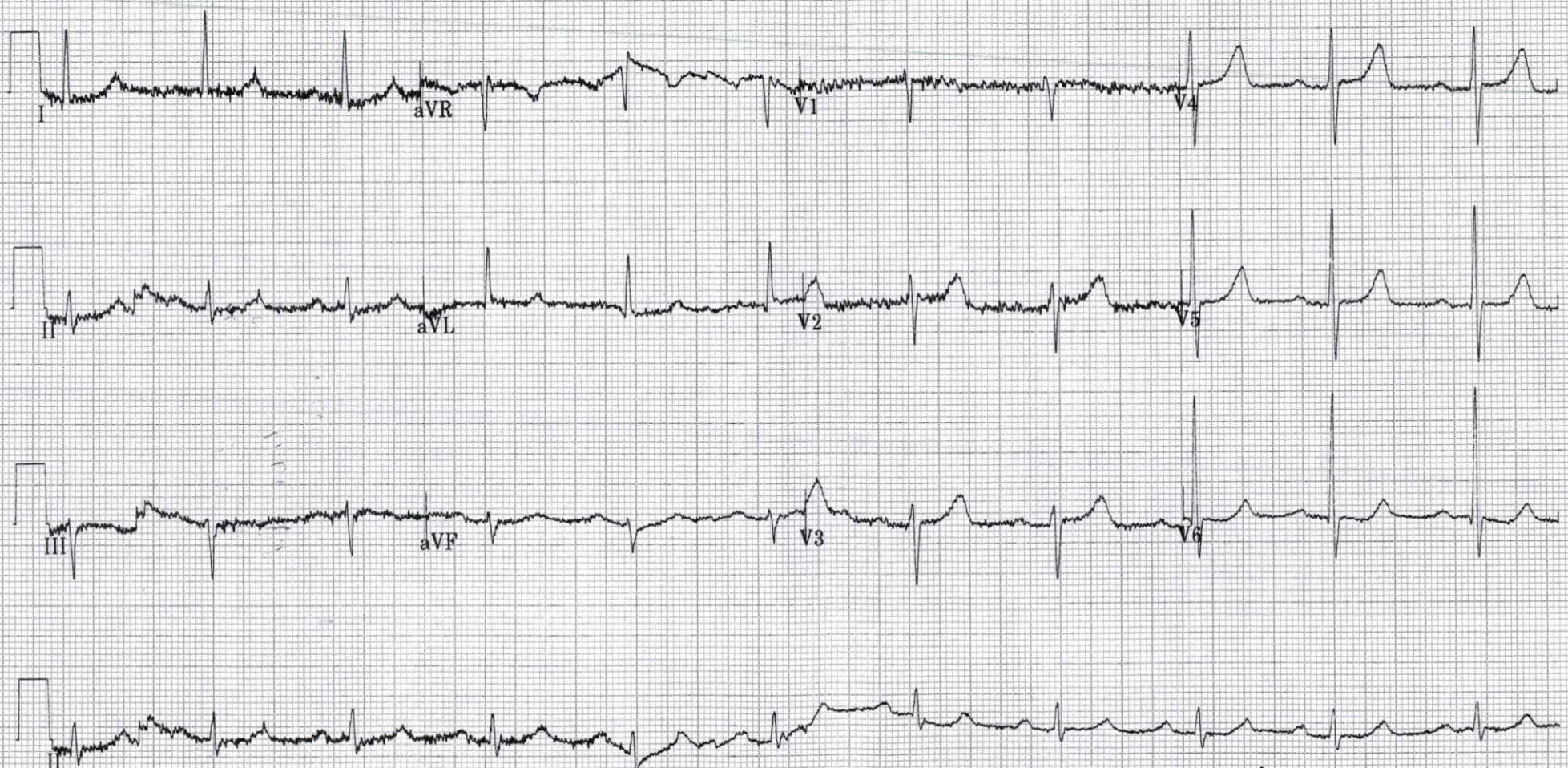
6/ absence d'épanchement péricardique


Mohammed CHAMI
CARDIOLOGUE (U.L.B)
N° 17 Place Charles Nicolle
Casablanca : 05 22 48 44 01
GSM : 06 61 45 08 06



Vent. rate 64 bpm
PR interval 230 ms
QRS duration 84 ms
QT/QTc 452/466 ms
P-R-T axes 49 -16 18

Unconfirmed



150 Hz 25.0 mm/s 10.0 mm/mV

4 by 2.5s + 1 rhythm 1d

MAC55-009C

12SL™ v239

