

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

- 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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M21- 0059322

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8571 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : AL HILALI HASSAN
Date de naissance : 29.07.1968
Adresse : 17 RUE BRATTIN MONTEFIATTO - CASABLANCA
Tél. : 0663565364 Total des frais engagés : 13000 Dhs

Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin : Dr. Hamza BENNOUNA
Cabinet
Bd. Abdelmoumen et Rue Abdelmalk
CASABLANCA
Tél. 05 22 00 39 39 / 38 38
Date de consultation : 07 MARS 2023
Nom et prénom du malade : AL HILALI Hassan Age : 50
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Maladies de l'oreille
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 : 07 / 03 / 2023
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
1 Mars 2022	Général	1	3000	
07 Mars 2022	Stomatologie	1	10000	

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

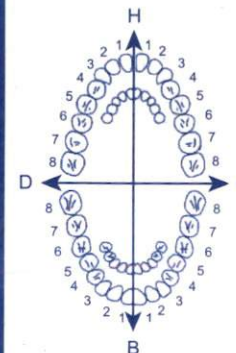
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

CABINET D'EXPLORATIONS CARDIOVASCULAIRES

Docteur BENNOUNA Hamza

Angle Boulevard Abdelmoumen et rue Abou Marouane Casablanca

Tél : +212 522 86 39 39 / + 212 522 86 38 38

NOTE D'HONORAIRE

CONCERNANT

: **AL MILALI** **Hamza**

NATURE D'EXAMEN

: Echo-doppler cardiaque du **07 MARS 2023**

HONORAIRES PERCUS:

Mille dirhams (1000dhs)

Dr. Hamza BENNOUNA
Bd Abdelmoumen
Cardiologue
Docteur BENNOUNA Hamza
Tél : +212 522 86 39 39 / 38 38

Spécialiste en pathologie cardio-vasculaire (Nancy).
Diplôme d'écho-doppler cardio-vasculaire (Nancy).
Capacité d'aide médicale urgente (Nancy).
Capacité de médecine de catastrophe (Nancy).

COMPTE RENDU D'ECHO-DOPPLER CARDIAQUE

NOM : AL HILALI

Prénom : Hassan

Motif d'examen : Bilan à la demande de la médecine du travail.

Compte rendu de l'examen : l'examen s'est déroulé dans des bonnes conditions techniques.

- ♥ Aorte de taille normale à 30mm ; et d'ouverture systolique normale à 19mm.
- ♥ Oreillette gauche de taille normale à 34mm, de cinétique normale, sans thrombus.
- ♥ Ventricule gauche de dimension normale (DTD à 53mm – DTS à 29mm); cinésie du ventricule gauche sans particularité; pas d'hypertrophie ventriculaire gauche, pas de thrombus intracavitaire. Fraction d'éjection estimée à 76% par TEICHOTZ, et 72% par SIMPSON.
- ♥ Appareil valvulaire mitral : anneau de taille normal, pas de végétations, pas de remaniement valvulaire. Pas de prolapsus de la valve mitrale. Pas de rétrécissement mitral, pas d'insuffisance mitrale. Pas de trouble de la relaxation du ventricule gauche.
- ♥ Appareil valvulaire aortique : anneau de taille normal, tricuspédie, pas de végétations, pas de remaniement valvulaire, pas de rétrécissement aortique, pas d'insuffisance aortique.
- ♥ Appareil valvulaire tricuspide : sans particularité.
- ♥ Pas d'épanchement péricardique.
- ♥ Crosse aortique sans particularité.
- ♥ Cavités droites et veine cave inférieure non dilatées.

AU TOTAL :

- Ventricule gauche de taille normale, de cinétique normale, pas d'hypertrophie ventriculaire gauche concentrique, fraction d'éjection estimée à 72%.
- Pas de prolapsus de la valve mitrale.
- Pas de valvulopathie significatives.
- Pas de trouble de la relaxation du ventricule gauche.
- Pas d'épanchement péricardique.

Dr. Docteur Hamza BENNOUNA
Bd. Abdelmoumen, et rue Abdelmalek Aboumarouane, CASABLANCA
tél. 05 22 86 39 39 / 05 22 86 38 38

Nom: **Hassan Alhilali**

Médecin Réf.

Date d'examen: 07/03/2023

Date de naissance:

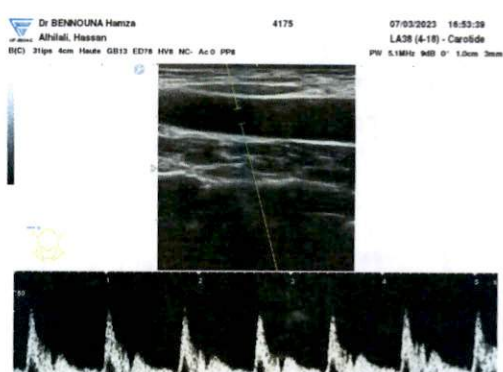
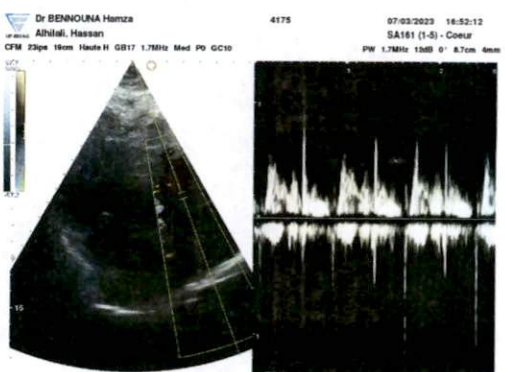
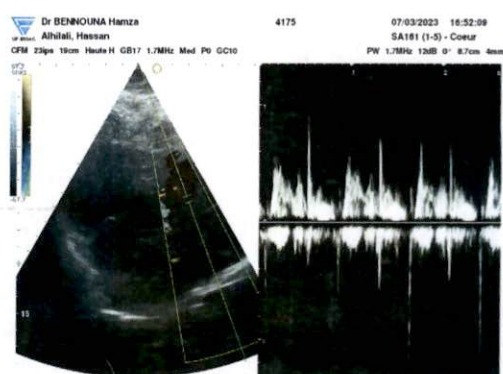
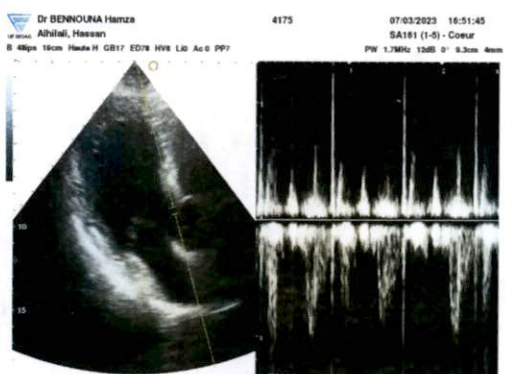
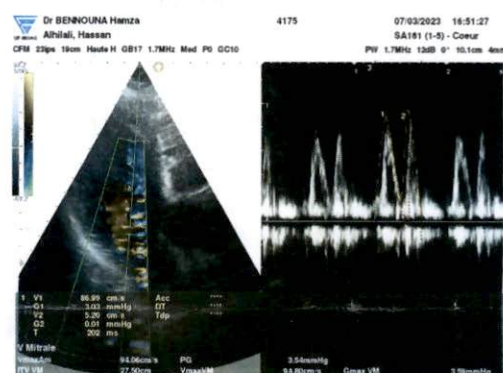
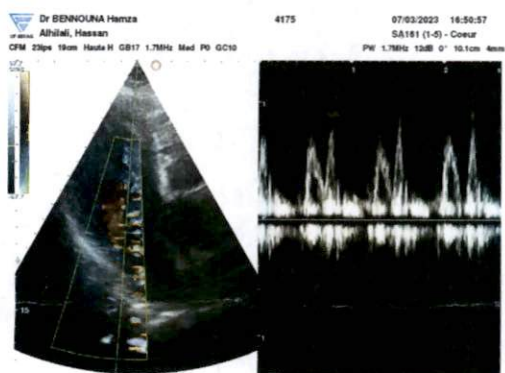
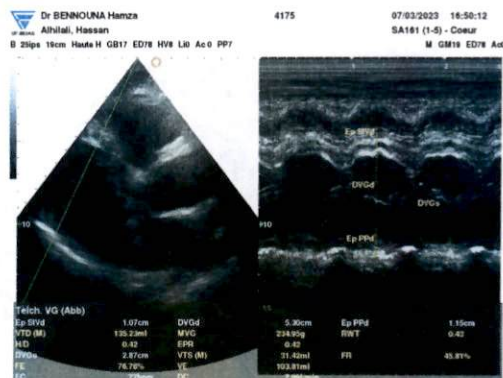
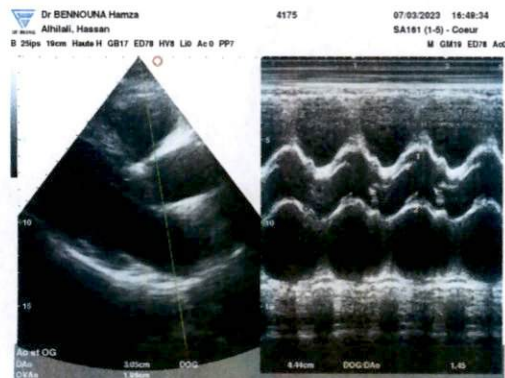
Age:

Sexe:

Poids:

Taille:

SC:



Nom: **Hassan Alhilali**

Médecin Réf.

Date d'examen: 07/03/2023

Date de naissance:

Age:

Sexe:

Poids:

Taille:

SC:

