

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.

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° W21-761178

15768

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	1240	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	LAHBA BI LILINE
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	0553 720538	Total des frais engagés :	1300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :	Dr. ALAMI M Professeur en Cardiologie 264, Bd. Ghandi - Casablanca Tél. 05 22 38 01 12 06 et 13 78 06		
Date de consultation :	13 MARS 2023 Vendredi		
Nom et prénom du malade :	Age:		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	FAI PROXYLISME SANS AVK		
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 : 13/03/2023

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
3 MARS 2023	CS cardiaque		504 200	INP : DR. MAMINI Professeur en Cardiologie 204, Bd. Chabri Casablanca Tél. 05 23 36 01 12 36 61 13 78 01
3 MARS 2023	Echocardiographie		504 1000	DR. MAMINI

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 : <input type="text"/>
			Coefficient des travaux <input type="text"/>	
			Montants des soins <input type="text"/>	
			Début d'exécution <input type="text"/>	
			Fin d'exécution <input type="text"/>	
ODF PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{r} 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \end{array} $		Coefficient des travaux <input type="text"/>	
			Montants des soins <input type="text"/>	
			Date du devis <input type="text"/>	
			Date de l'exécution <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ECHOCARDIOGRAPHIE

Mme VERDE EP LAHBABI LILIANE

Conditions d'examen : Bonnes

13.03.2023

STRUCTURES VALVULAIRES

AORTE : Remaniée, Calcifiée, sténosante.

MITRALE : Remaniée, Calcifiée, non sténosante.

TRICUSPIDE : NORMALE

PULMONAIRE : NORMALE

VENTRICULE DROIT : NORMAL

VENTRICULE GAUCHE : DTD= 58mm. FE= 76 % (méthode de Simpson).

Parois SIV= 10mm ; PP= 10mm.

Contractilité segmentaire normale

OREILLETTA GAUCHE : 40 mm.

AORTE INITIALE : 30 mm.

PERICARDE : NORMAL

DOPPLER Couleur Insuffisance Aortique Légère
Insuffisance Mitrale Légère

Continu Rétrécissement Aortique Léger à modéré
(Grdt Moy=17mmHg)

CONCLUSION

- Rétrécissement Aortique Léger.
- Insuffisance Aortique Légère.
- Bonne fonction systolique du VG.

DR. ALAMI M
Professeur en Cardiologie
64 Bd Ghazi - Casablanca
Tel. 05 22 39 01 11 - 06 61 15 78 0

Docteur Mohamed Alami

Professeur Agrégé en Cardiologie

Spécialiste des Maladies

Du Cœur et des Vaisseaux

PATENTE : 34822560

FACTURE A171/23

Mme VERDE EP LAHBABI LILIANE

13.03.2023

- CONSULTATION CARDIO +ECG	300 DHS
- ECHOCARDIOGRAPHIE	1000 DHS

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : MILLE TROIS CENT DIRHAMS.


Dr. ALAMI Mohamed
Professeur en Cardiologie
264 Bd Ghandi - Casablanca
Tél : 05 22 39 91 12 / 06 61 15 78 06

Images report: 8 images

GE Healthcare Hospital
Ultrasound Laboratory

Name **VERDE EP LAHBABI, LILIANE YVONNE**
Birthdate **11/07/1945**
Patient Id **27258**
Sex **Femme**
Height
Weight
BSA
BP

Date **13/03/2023**
Tape
Sonographer **Default user**
Referral Dr.
Diagnosis Dr.

Image 1

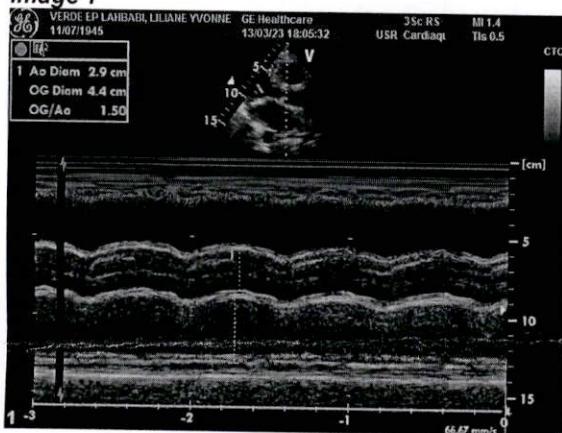


Image 2

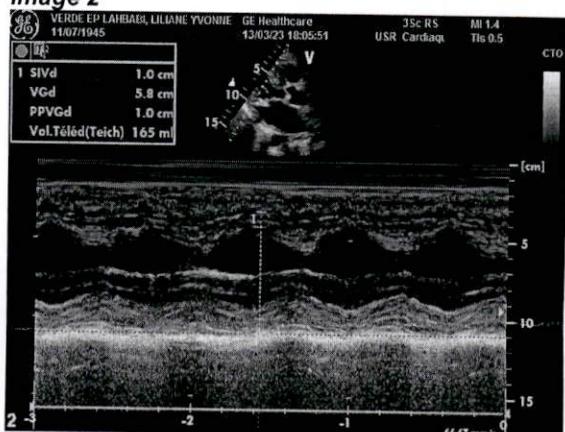
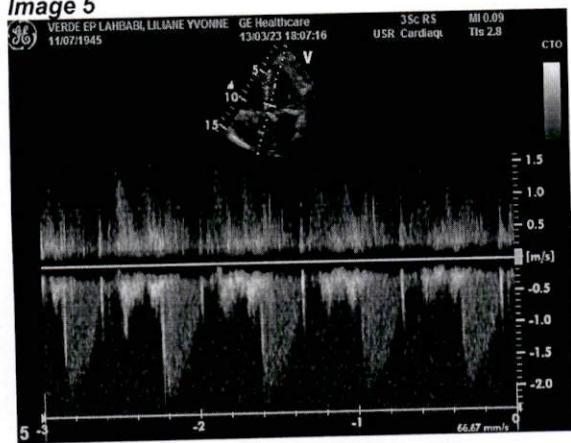
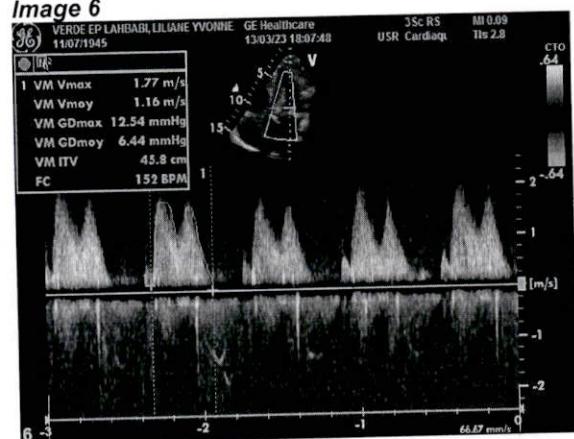


Image 3



Image 4

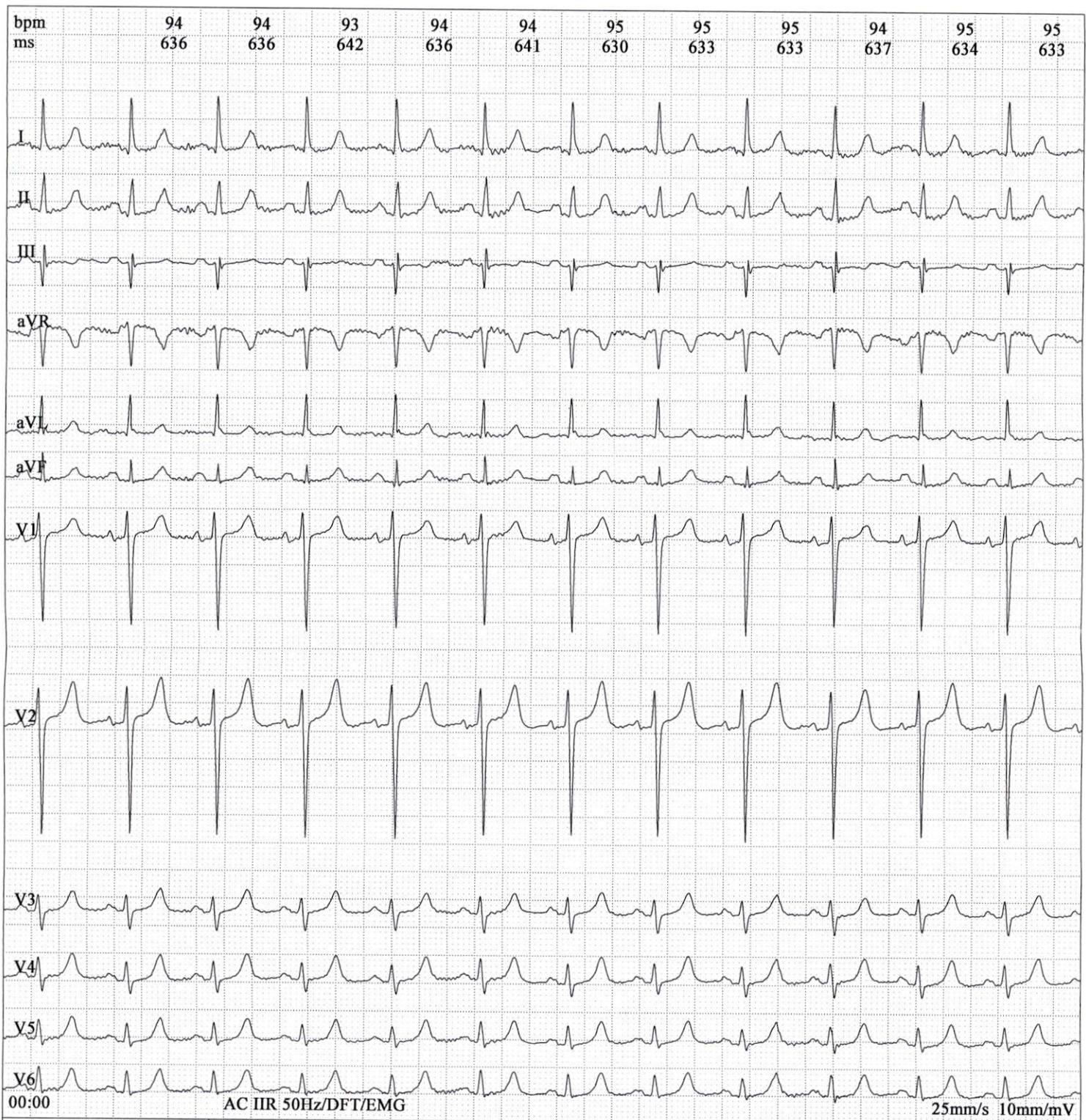


Image 5**Image 6****Image 7****Image 8**

Pr ALAMI Mohamed (S1)

ECG

Nom : VERDE EP LAH Sex : Female Age : 78Y Clinique N : Section :
 SN : 0016198 Case No. : Lit No. : Date : 13/03/2023 15:58:54



Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	125 ms	Prompt:
Temps d'écha	16s	QT Interval:	388 ms	
HR:	94bpm	QTc Interval:	486 ms	
P Interval:	84ms	P Axis:	66.40°Cb	
QRS Interval:	89 ms	QRS Axis:	9.80°Cb	
T Interval:	192 ms	T Axis:	43.80°Cb	

Dr. ALAMI M
 Professeur en Cardiologie
 204, Bd. Ghandi - Casablanca
 Tél. 0521 06 51 12 06 et 13 78 06

Signature Medecin :