

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 048028

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1146 Société : Ram  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité  
 Nom & Prénom : Ouhmi Meha  
 Date de naissance : 1948  
 Adresse : 46 Rue Sallam El henda  
 A. Berrhid  
 Tél. 06 61 89 97 54 Total des frais engagés : 1309,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Ismail Ismail  
 Cardiologie  
 Spécialiste en cardiologie  
 Interventionnelle, Structurale  
 Et Maladies Vasculaires  
 Tél : 06 61 69 76 17

Date de consultation : 30/05/2023

Nom et prénom du malade : Saidan Mahjeuba Age : 73

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

Nature de la maladie : MALADIE CORONAIRES Insuffisance Cardiaque

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 : Casa Le : 30/05/2023

Signature de l'adhérent(e) : R. ACCUEIL



### 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
30/08/83	CS		300DH	
	echo. cardiaque		1000DH	

### 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

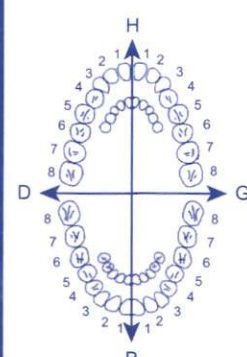
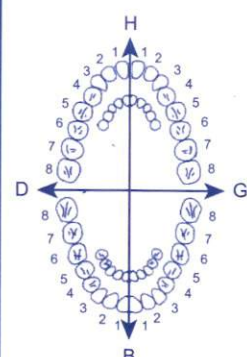
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <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 <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



FACTURE

N° : 23011720 Du : 30/05/2023

Patient : MAHJOUBA SAIDANE

Prise en charge : PAYANT(MUPRAS (RAM))

Admission : 30/05/2023

N° Dossier : 23010892

Sortie : 30/05/2023

Désignations des prestations	Nombre	Lettre clé	Prix unitaire	Prix total
CONSULTATION	1		300.00	300.00
ECHO COEUR	1		1 000.00	1 000.00
			Sous-Total	1 300.00
Total clinique				1 300.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
Mille trois cents dirhams

Total brut : 1 300.00  
Remise : 0.00  
Total net : 1 300.00

Matricule : Adhérent :  
Affiliation : N° prise en charge :  
CIN : B744353 Code clinique :  
ICE :

Part organisme : 0.00  
Part patient : 1 300.00

Service Consultation Cardiologie  
Tél: 05 22 05 40 40 / 05 22 05 40 41  
Hôpital Privé International de  
Casablanca





Casablanca : le 30/05/2023

Nom et prénom du patient : SAIDANE MAHJOUBA Casablanca, le : .....

### COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE CARDIAQUE

#### En mode bidimensionnel

- Le ventricule gauche non dilaté, à parois hypertrophiés  
DTD/DTS : 61/39 mm SIV/PP : 13/14 mm  
Avec une fonction systolique altérée du VG, FEVG à 45% en SB  
Hypokinésie septale et postérieure apicale, Akinésie postéro-basale avec début d'anévrisme
- Valve mitrale fine, souple, de bonne ouverture, sans sténose avec une insuffisance mitrale II°-III°
- Valve aortique tricuspide, légèrement remaniée sans calcification, de bonne ouverture, sans RAO sans IAO.
- Oreillettes gauche dilatée
- Le VD de taille normale, de bonne fonction systolique TAPSE 20 mm
- VCI fine et COMPLIANTE
- Aorte ascendante non dilatée
- Pas d'épanchement péricardique, Epanchement pleural bilatérale gauche de moyenne abondance, droit minime

#### Au doppler

- Hypertension artérielle pulmonaire PAPs 50 mmhg

#### Conclusion :

Cardiomyopathie ischémique avec une fonction systolique altérée du VG, FEVG à 45% en SB

Hypokinésie septale et postérieure apicale, Akinésie postéro-basale avec début d'anévrisme

insuffisance mitrale II°-III°

Hypertension artérielle pulmonaire PAPs 50 mmhg

Epanchement pleurale gauche de moyenne Abondance

Dr Ismail Ismail  
Spécialiste en cardiologie  
Interventionnelle Structurale  
Et Maladies Vasculaires  
Tél : 06 22 05 40 17  
**Dr Ismail**

ID:

Nom :

Sexe:M

Date de naissance:

ans

cm

kg

/

mmHg

fréq. ventr.

64

bpm

Int. PR

148

ms

Durée QRS

130

ms

Int. QT/QTc(E)

454/ 464

ms

Axe P/QRS/T

13/ 30/ -17

°

Ampl RV5/SV1

0.20/ 1.80

mV

Ampl RV5+SV1

2.00

mV

TAD = 157/74

FC = 69

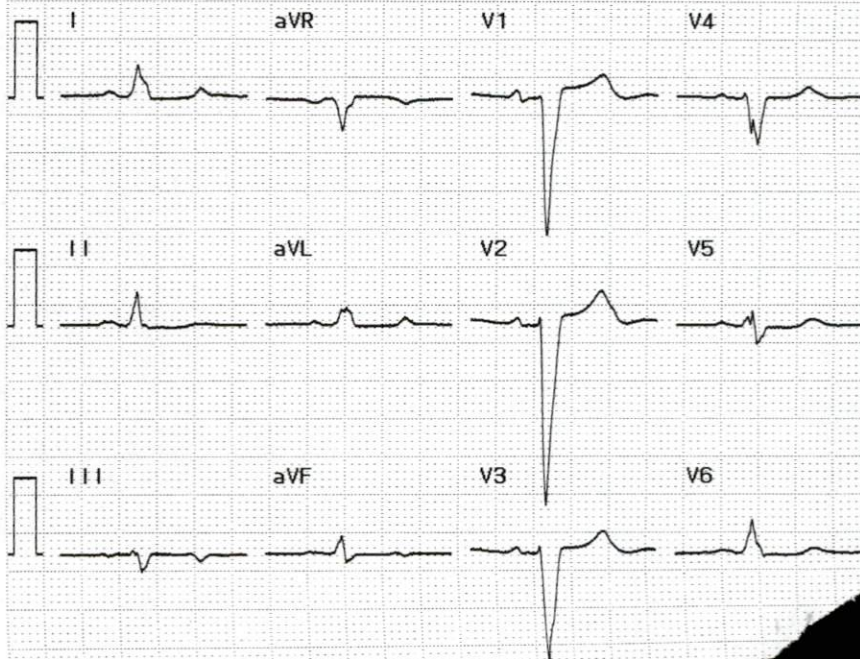
SpO<sub>2</sub> = 96%

1100 Rythme sinusal

3114 Un infarctus du myocarde antérieur ne peut être écarté, ancienneté indéterminée

9150 \*\* ECG anormal \*\*

10 mm/mV 25 mm/s Moyenne



Rapport non confirmé

Revu par :

Examen :



ID:

Nom :

30-Mai-2023 PM8:49:44

Sexe:M

Date de naissance:

ans

Médicament :

cm

kg

/

mmHg

65 bpm

Symptômes :

Antécédents :

10 mm/mV

25 mm/s

Filtre : H50 d 100 Hz

10 mm/mV

