

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1146 Société : Ram

Actif  Pensionné(e)  Autre : Retraité

Nom & Prénom : Ayhami Mahrez

Date de naissance : 10/11/88

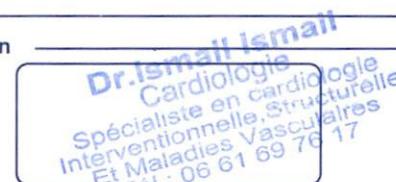
Adresse : 46 Rue Sallam El houda

P Berchid

Tél. 06 61 89 97 54 Total des frais engagés : 13.000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/05/2023

Nom et prénom du malade : Saidan Mahjoub Age : 73

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Pathie 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 : casablanca Le : 06/10/2023

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
20/05/11 83	CS echo card	.	300 DHT 1000 DHT	Cardiologie Spécialiste en cardiologie, Interventionnelle, Structurale Et Maladies Vasculaires Tél : 06 61 69 76 17 <b>Dr. Ismail Ismail</b> Cardiologie Spécialiste

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

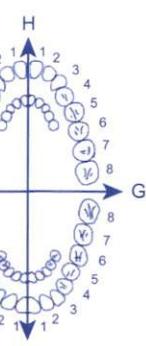
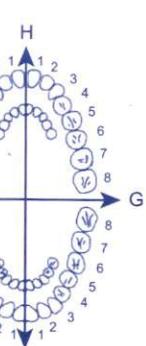
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 B 00000000 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				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 :				

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 tricuspidé, 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 pleural gauche de moyenne Abondance

Dr Ismail Ismail  
Cardiologue  
Spécialiste en cardiologie  
Interventionelle structurale  
Et Maladies Vasculaires  
Tél : 05 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

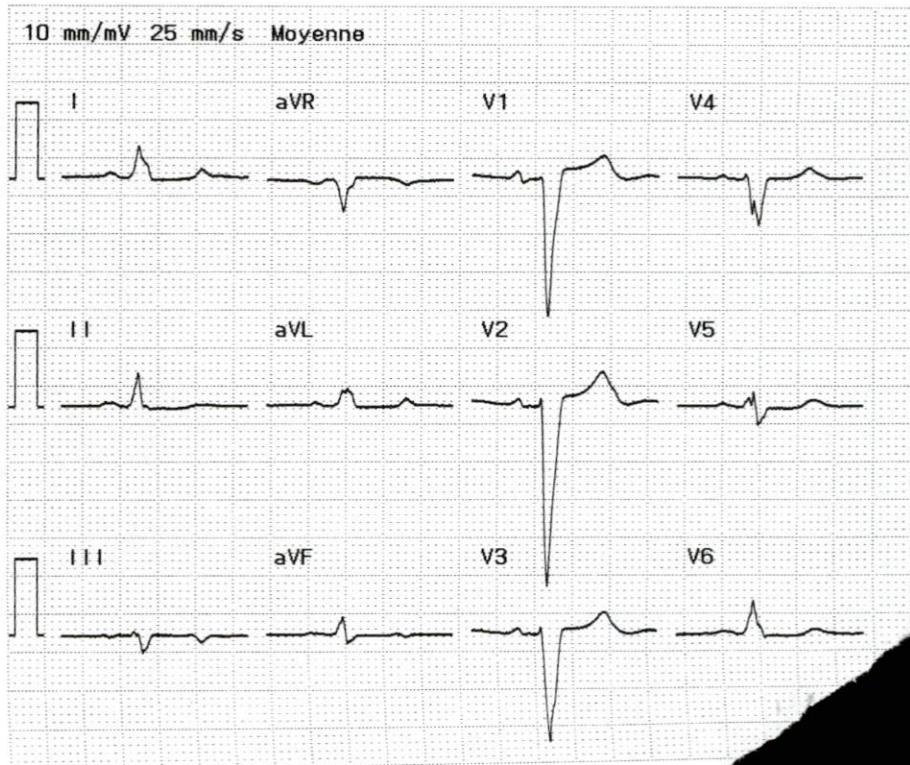
2.00

mV

1100 Rythme sinusal

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

9150 \*\* ECG anormal \*\*

 $TAD = 152/74$  $FC = 69$  $Spo_2 = 96\%$ 

Rapport non confirmé

Revu par :

Examen :

ID:

Nom :

Sexe:M

Date de naissance:

ans

Symptômes :

10 mm/mV 25 mm/s

Filtre : H50 d 100 Hz

30-Mai-2023 PM8:49:44

Médicament :

cm

kg

/ mmHg

65 bpm

Antécédents :

10 mm/mV

