

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
- 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

M22- 154279

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03076 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EDDA HBI Abdelmajid 184038
 Date de naissance : 05/03/53
 Adresse : Derb B. 9122 166 Rue 1-17 Driss CASA
 Tél. : 0663304821 Total des frais engagés : 1542,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin :
 Date de consultation : 20/11/2023
 Nom et prénom du malade : EDDA HBI Abdelmajid Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HTA Diabète
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : 22/11/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

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
20/11/23	ECG	K16	300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20-11-23	542,30
		NPE: 092010578

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20/11/23	Echographie	700,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

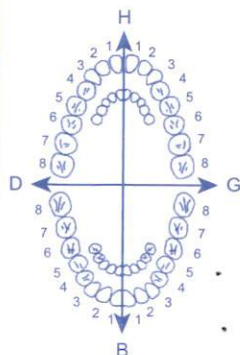
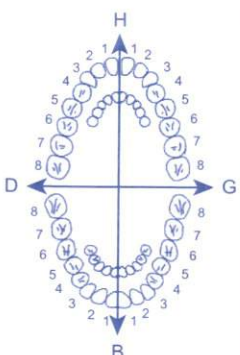
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 <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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) 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

- Ancien attaché au service de cardiologie au CHU IBN ROCHD
- Ex Médecin Directeur du CHP MY YOUSSEF
- Ex Médecin Directeur du CHP EL HASSANI
- **EX Médecin Directeur du CHP SIDI OTHMANE**
- Consultation et exploration Cardio-Vasculaire



- ملحق سابق بقسم أمراض القلب بالمستشفى الجامعي ابن رشد
- طبيب مدير سابق لمستشفى مولاي يوسف
- طبيب مدير سابق لمستشفى الحسيني
- طبيب مدير سابق لمستشفى سيدي عثمان
- تشخيص وإستكشاف أمراض القلب والشرابين

Casablanca le,

20/11/23

EBDAHBI Abdelmajid

Regence

Suliat 80/5



Mehdelt 4 cp



3 mois

صيدلية النية

PHARMACIE AN-NIA

Lotissement Assafa - Imm 18, 4A - Oulfa

Casablanca - Tél: 0522 93 46 33

Dr. HAFDI Nouredine

445, Résidence Ryad Abdelmoumen
Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél: 0522.86.36.87

SULIAT® 80 mg / 5 mg ○
28 comprimés pelliculés

6 118000 072379

151,60

6 118000 072379

28 comprimés pelliculés

SULIAT® 80 mg / 5 mg ○

151,60

SULIAT® 80 mg / 5 mg ○
28 comprimés pelliculés

6 118000 072379

151,60

* VIGNETTE

V14097701

NEBILET® 5mg ○

28 comprimés

PPV 87DH50

NOTE D'HONORAIRES

LE 20/11/2023

Le Docteur HAFDI NOUREDDINE

**A l'honneur de vous présenter ses meilleures salutations,
Et vous adresse selon l'usage sa note d'honoraires**

Nom du patient	Montant
Mr EDDAHBI ABDELMAJID	
ECG + CS	300DH
ECHO DOPPLER CARDIAQUE	700 DH
PRIX	1000 DH

TOTALE MILLE DIRHAM

SIGNATURE :

Dr. Hafdi Noureddine
445, rue ...
Bd. Aboumedjen
Tél : 0522.86.36.87

- Ancien attaché au service de cardiologie au CHU IBN ROCHD
- Ex Médecin Directeur du CHP MY YOUSSEF
- Ex Médecin Directeur du CHP EL HASSANI
- EX Médecin Directeur du CHP SIDI OTHMANE
- Consultation et exploration Cardio-Vasculaire



- إختصاصي أمراض القلب والشرائين
- ملحق سابق بقسم أمراض القلب بالمستشفى الجامعي ابن رشد
- طبيب مدير سابق لمستشفى مولاي يوسف
- طبيب مدير سابق لمستشفى الحسني
- طبيب مدير سابق لمستشفى سيدي عثمان
- تشخيص وإستكشاف أمراض القلب والشرائين

Casablanca le,

Casablanca 20/11/2023

Nom du patient : Mr EDDAHBI ABDELMAJID

COMPTE RENDU D'ECHOCARDIOGRAPHIE TRANSTHORACIQUE

En mode bidimensionnel

- ° Les sigmoïdes aortiques épaissies peu calcifiées d'ouverture conservée
- ° VG non dilaté avec hypertrophie septale modérée et fonction systolique conservée FE 67%

OG dilatée Sans thrombus visible

- ° OD non dilatée libre D'écho.
- ° Il n'y a pas de défaut au niveau du septum inter-auriculaire.
- ° Il n'y a pas de thrombose intra cavitaire.

Péricarde sec

Au Doppler :
Micro fuite mitrale
Flux aortique normale
Absence d'HTAP

Conclusion

HVG avec fonction systolique conservée FE 67%

Dr. Hafdi Noureddine
445, Abdelmoumen - Casablanca
Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél : 0522 86 36 87

ECG

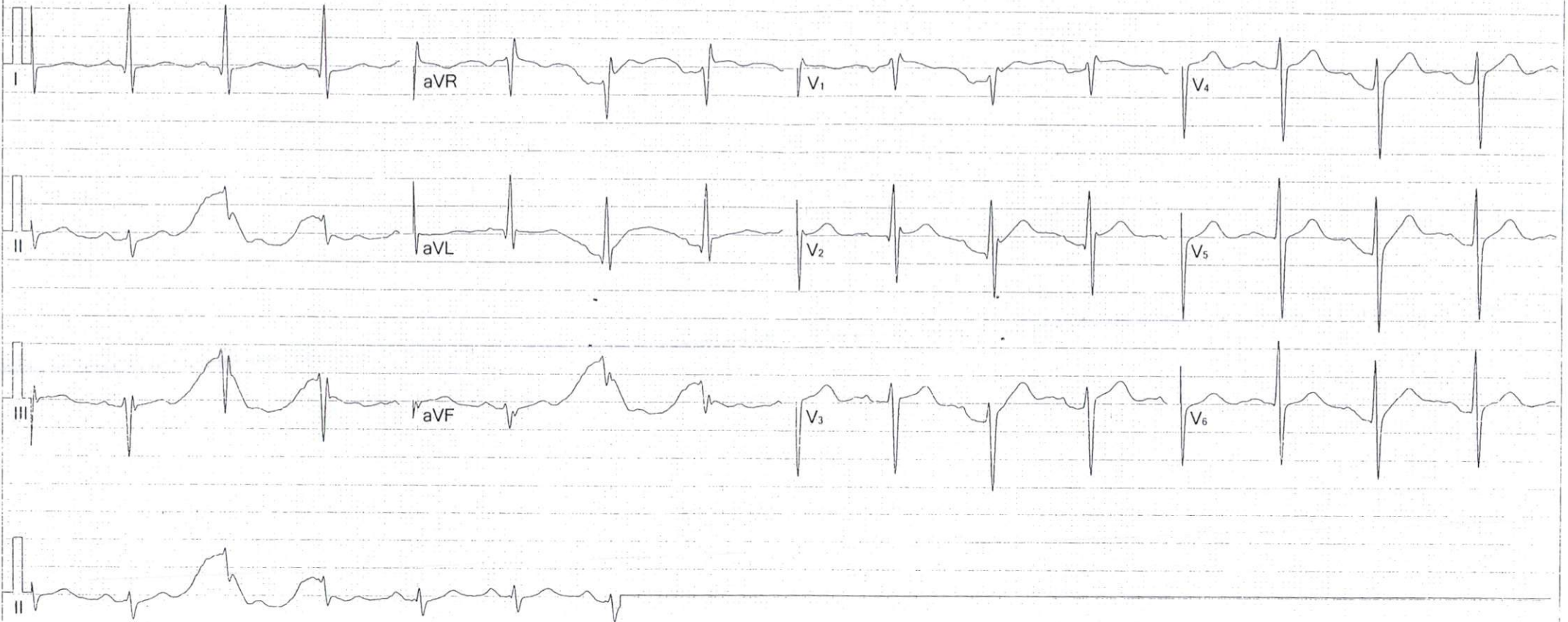
Dr HAFDI Noureddine

NOM: EDDABI ABDELMAJID
ID: 05.22.86.36.87
Case #

Genre : Homme Age : 70 DOB : 01-01-1953 Date Test: 20-11-2023 11:17
Investigation # : Médecin Référent: Dr HAFDI Noureddine

10mm/mV 25mm/s

05.22.86.36.87



Fréquence : 1000 Hz	Interval. PQ: 238 ms
Durée ECG: 5 s	Interval. QT : 410 ms
FC : 85 bpm	Interval. QTc : 488 ms
Durée P : 161 ms	Axe P : -85.3°
Durée QRS : 102 ms	Axe QRS : -52.9°
Durée T : 278 ms	Axe T : -84.7°

Suggestion :

Dr HAFDI Noureddine
Médecin Référent
05.22.86.36.87

Signature Médecin:

Filtre Principal: On Filtre ADS: On