

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## Adresses Mails utiles

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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

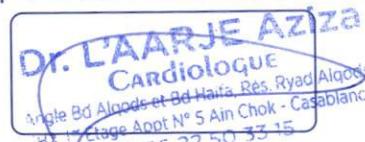
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... 6412 ..... Société : ..... RAM .....  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : .....  
 Nom & Prénom : ..... AMIN ABDEENI .....  
 Date de naissance : ..... 3.8.1963 .....  
 Adresse : ..... habituelle .....  
 Tél. : ..... 0618512799 ..... Total des frais engagés : ..... 800 DH ..... Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....  
 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 : ..... CASA ..... Le : ..... 01.12.2023

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

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 <b>Dr. LAARJE AZIZA</b> <b>CARDIOLOGUE</b> 1001 N° 5 Ain Chok - Casablanca 2, rue Alouane et Bd Haïfa, Rés. Ryad Alouane Tél. 05 22 50 33 15	13/19/2013	PTT	 <b>Dr. LAARJE AZIZA</b> <b>CARDIOLOGUE</b> 1001 N° 5 Ain Chok - Casablanca 2, rue Alouane et Bd Haïfa, Rés. Ryad Alouane Tél. 05 22 50 33 15

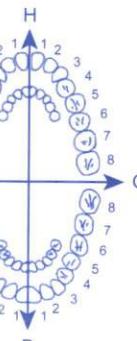
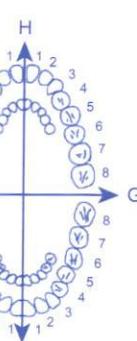
#### AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **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'ODE.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution



AKDITAL

Centre International d'Oncologie Casablanca  
المركز الدولي لعلاج الأورام بالدار البيضاء

Dr. Naoufal MAMOU  
Oncologue - Radiothérapeute  
Ancien chef de clinique des Hôpitaux de Bordeaux

Casablanca, le.....

11/12/2023

## MME BENNIS MERIEM

echographie cardiaque

Dr. Naoufal Mamou  
Centre International d'Oncologie Casablanca  
Oncologue - Radiothérapeute  
Route de l'Oasis, Rue des Alouettes - Casablanca  
Tél : 05 22 77 81 81

4, route de l'Oasis, rue des Alouettes, Casablanca  
Tél. : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 99 65 74  
E-mail : info@ciocasablanca.ma  
Site web : [www.ciocasablanca.ma](http://www.ciocasablanca.ma)  
IF : 14402100 - ICE : 001645198000028

## COMPTE RENDU D'ECHOCARDIOGRAPHIE

NOM ET PRENOM : BENNIS MERIEM

CASABLANCA, le 13/12/2023

**INDICATION :** Evaluation cardiaque chez une patiente de 48 ans sans FRCVx ayant un néo colique prévu pour AG puis CTH.

- VG non dilaté, non hypertrophié, de bonne contractilité globale et segmentaire avec bonne fonction systolique globale du VG soit une **FEVG (SB)** à 65 %. Qc à 4 l/min.
- Profil mitral type dysfonction diastolique type II E/A à 1.3.
- PRVG non élevées E/E' à 6.
- Oreillette gauche non dilatée à  $19 \text{ cm}^2$ , Oreillette droite non dilatée à  $12 \text{ cm}^2$ , libres d'écho à l'ETT.
- Valve mitrale fine, pas de fuite mitrale, pas de sténose.
- Valve aortique tricuspidé, fine, pas de fuite aortique, pas de rétrécissement.
- VD non dilaté, de bonne fonction systolique longitudinale (TAPSE à 25 mm, S'VD à 15 cm/s).
- IT minime estimant la PAPS à 23 + POD soit 27 mmHg.
- VCI non dilatée à 12 mm et compliant.
- Péricarde libre.
- Aorte non dilatée dans les portions explorées.

**Conclusion :****Bonne fonction systolique bi-ventriculaire FEVG à 64 %.****Massif auriculaire non dilaté. PRVG normale.****Pas de valvulopathie mitrale ni aortique.****Bon VD, pas d'HTP**

➤ DR : LAARJE AZIZA

Casablanca Le : 13 / 12 / 2023

➤ ICE : 003009192000083

• FACTURE N 392/2023

• Mm : BENNIS MERIEM

Désignation	MONTANT
ETT	800.00DH
TOTAL	800.00DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : HUIT CENTS DIRHAM.

DR. LAARJE AZIZ  
Carte d'identité N° 5 An 33 15  
Né le 05/02/1982 à Casablanca  
Marrakech, Maroc