

## 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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° W19-435955

CA

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9053

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Mouttafi Blakane

Date de naissance : 1/1/1969

Adresse : Settat

Tél. : 0663091191

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : / Age : /

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

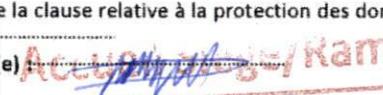
Nature de la maladie :

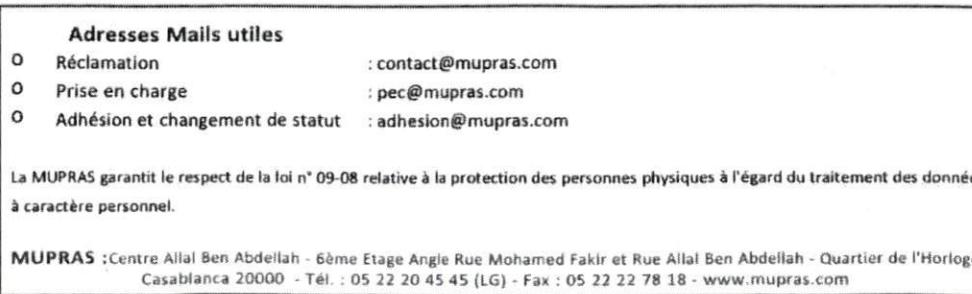
En cas d'accident préciser les causes et circonstances

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 : / Le : /

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
25/05/2011	10 ECG		250	INP : 0611111111111111
	Echocardiographie		600	Karima EL Hassan Cardiologue II, Settat
	cardiologue		= 850 DT	Bd Hassan II, 23/05/2011

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

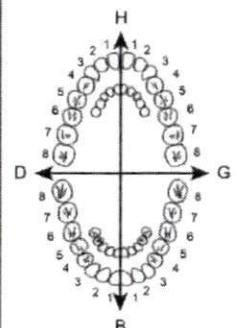
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

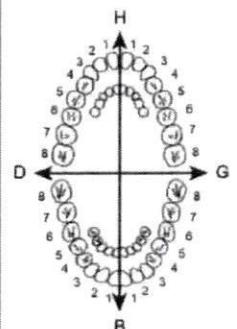
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	35533411	11433553

B

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

**ECHODOPPLER CARDIAQUE**

Ventricule gauche : Non dilaté non hypertrophié de bonne contractilité globale et segmentaire.

Ventricule droit : Non dilaté

Oreillettes :

O.G : Non dilatée, libre d'écho

O.D : Normale

Valve mitrale : D'echostructure normale.

Valve tricuspidie : Normale

Sigmoïdes aortiques : Fines et souples.

Sigmoïdes pulmonaires : Normales

Péricarde : Sec

Mesures 2D et TM

**AO** : 38 mm

**OS** : 22.2 mm

**OG** : 44.3 mm

**VD** : 21.2 mm

**F.Rac** : 33.6%

**VG** : **DTD** : 53 mm

**FE** : 62%

**DTS** : 35.2 mm

**SIVs** : 17.8 mm

**SIVd** : 9.6 mm

**PPd** : 10.1 mm

**Surface mitrale** : Normale

Mesures Dopplers :

**Flux mitral** : E/A inférieur à 1

- Onde E : V.max = 0.60 m/s
- Onde A : V.max = 0.73 m/s

**Flux Ao** : Normal

- V.max = 1.23 m/s
- G.max = 6.03 mmHg

Pas d'HTAP

CONCLUSION :

- Echodoppler cardiaque normale.

Dr.Karima EL HAMIDI  
Cardiologue  
Bd,Hassan II, Settat  
Tél:05 23 72 13



Settat le : 25/07/2019

Note d'honoraire à l'intention de M<sup>r</sup> / M<sup>me</sup> : Bellaaqoul El Mostafa

**NOTE d'HONORAIRES N° : 1303/19**

Désignation	Quantité	Honoraire en Dhs
* EGG + CONSULTATION	1	250,00
* ECHODOPPLER CARDIAQUE	1	600,00
* HOLTER TENSIONNEL	0	0,00
<b>TOTAL HONORAIRE</b>		<b>850,00</b>

Dr.Karima EL HAMIDI  
Cardiologue  
Bd,Hassan II Settat  
Tél:05 23 72 12 73

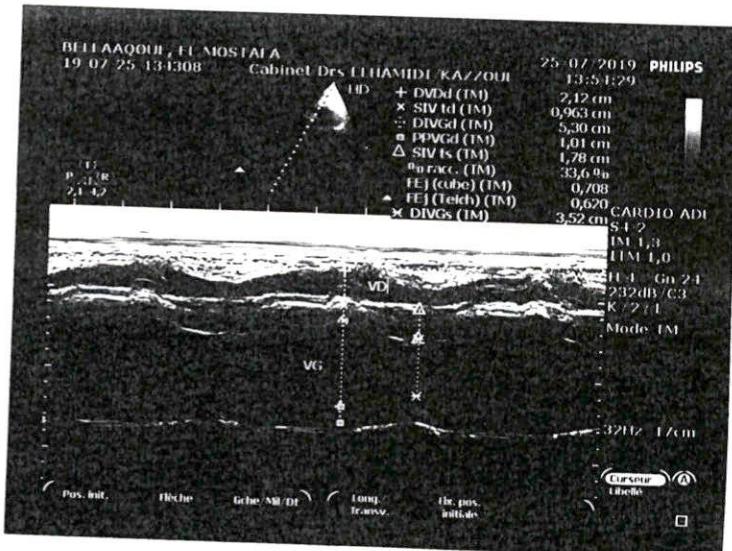
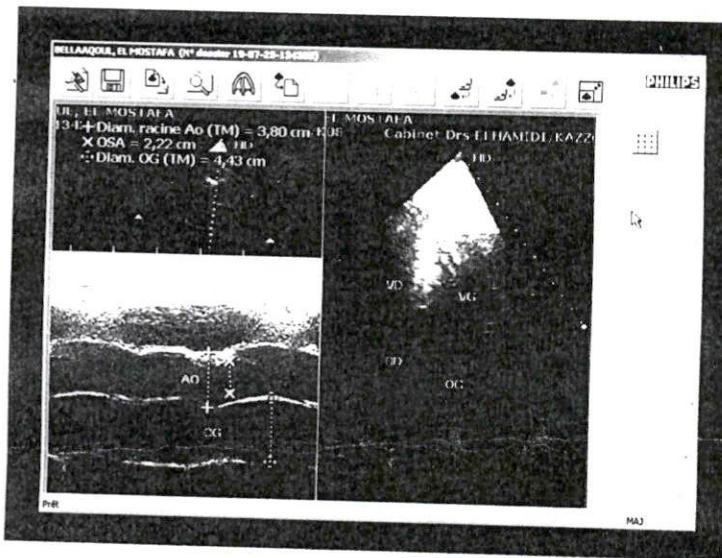
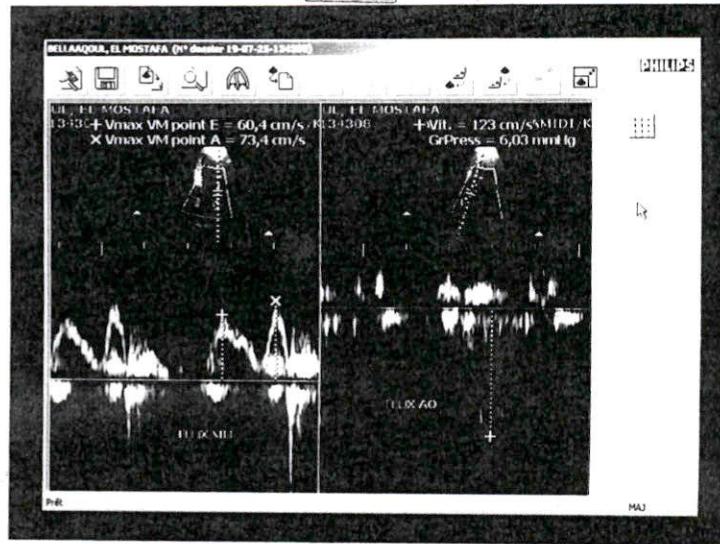
شارع الحسن الثاني، الرقم 7، فوق صيدلية المتوكل، قرب سينما الأهرام - سطات

الثابت : 05-23-72-12-13 المحمول 06-61-46-34-83

E-mail : [Karima.elhamidi@gmail.com](mailto:Karima.elhamidi@gmail.com)

INP : 061124665

ICE : 001618149000038



11-Dec-2000 0:00:33

FX-7102-



10 mm/mV

25 mm/s

FILTRE: CA FM F

V01-03-S1

ID: 0 HR: 69

11-Dec-2000 0:00:39

FX

