

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

ATPL N° W19-470068

Dos n°

10994

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12560 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ATTOUNE ISSAM

Date de naissance : 23/11/87

Adresse : 164 Res. nanacem Parc nanacem, Casablanca

Tél. : 0645719131 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Mohamed LEBBAK
CARDIOLOGUE
4, Rue Tarik Ibn Ziad
Quartier des Hôpitaux Casa
Tél: 0522 86 33 66 Fax: 0522 86 33 55

MUPRAS
RECEPTION 8

Date de consultation : 30.09.18

Nom et prénom du malade : CHAYAT - Johanne Age :

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

Nature de la maladie : Souffle cardiaque avec hypertension

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) :

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
30.09.19	12. Fourniture de matériel	300 Mt	1000 Mt	INP : 191098559

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

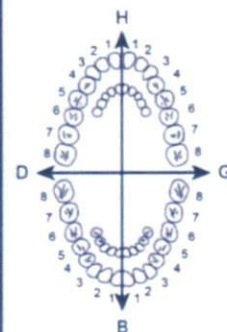
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

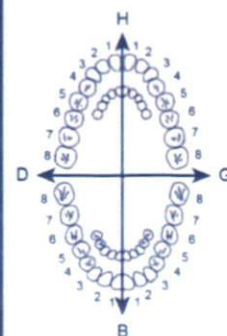
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CENTRE CARDIOVASCULAIRE
LES HÔPITAUX

Secrétariat : 05 22 86 33 66
Télécopie : 05 22 86 33 55
Portable : 06 61 32 26 05
E-mail : labcardio@menara.ma

Docteur Mohamed LEBBAR

Cardiologue Médico - Chirurgical

Casablanca, le 30.09.19

Note d'Honoraires

Nom/Prénom : CHAYAT Nahaline

Nature d'examen :

: Us. Ecu	300 TH
: Echodoppler	1000 TH
: Cardiege	
:	

Total : 1300 TH

Somme arrêtée à : mille trois cents TH

Docteur Mohamed LEBBAR
CARDIOLOGUE
4, Rue Tarik Ibn Ziad
Quartier des Hôpitaux - Casablanca
Tél: 0522 86 33 66 - Fax: 0522 86 33 55

4, Rue Tarik Ibn Ziad - Quartier des Hôpitaux
(Prolongement Faculté de Médecine vers lycée Mohammed V) - Casablanca 20360

CENTRE CARDIOVASCULAIRE LES HOPITAUX

4 Rue Tarik Ibn Ziad Quartier des Hopitaux 20500 Casablanca
Tél: 05-22-86-33-66 Fax: 05-22-86-33-55 Email: labcardio@menara.ma

Docteur M. LEBBAR

Cardiologue

MEDECIN Attaché des Hopitaux de PARIS
Département Explorateur au CHU de RABAT
Membre de la Société Française d'Echocardiographie
Lecteur de la Faculté de Médecine de PARIS

ECHODOPPLER CARDIAQUE

Nom : CHAYAT

Prénom : Mahassine

Age : 29 ans

Diagnostic clinique : Souffle cardiaque

Adressé par : Dr LEBBAR

Date : 30/09/2019

Conditions techniques : Bonnes

PARAMÈTRES MESURÉS

		Nle (adulte)			Nle (adulte)
Aorte	30	20-37 (mm)	SIV (ép D)	10	6-11 (mm)
Ouv. Sigmoidienne		15-26 (mm)	PP (ép D)	10	6-11 (mm)
Oreillette gauche	36	19-40 (mm)	Masse du VG indexée		F < 110 g/m ² H < 135 g/m ²
VG (DTD) *	48	36-56 (mm)	VG indexé		
VG (DTS) *	30	25-41 (mm)			
FR	38	> 28%			< 30-31 mm/m ²

1) CAVITES GAUCHES :

- VG : de taille normale
ses parois sont d'épaisseur normale
bonne fonction contractile globale et segmentaire.

- OG : de taille normale.

2) CAVITES DROITES :

- VD : de taille normale.
- OD : de taille normale.

3) PERICARDE :

Pas d'épanchement péricardique.

Nom: CHAYAT MAHACINE

Date de naissance: 01/01/1990

Sexe: Féminin

Poids: -

Taille: -

Identifiant: CHA

Médecin: cardio LEBBAR MOHAMED

Raison sociale:

Téléphone:

Temps d'enregistrement: 30/09/2019 12:45:20

1/1

