

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.

ATPL N° W19-470068
Dos n° 10994

| | | | |
|---|---------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : 12560 | | Société : | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | ISS AM |
| Nom & Prénom : ATTOUN | | | |
| Date de naissance : 23/11/87 | | | |
| Adresse : 164 Res. Nouakchott Paris, Casablanca, Casablanca | | | |
| Tél. : 0645719131 | | Total des frais engagés : Dhs | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Docteur Mohamed LEBBAR CARDIOLOGUE 4, Rue Tarik Ibn Ziad Quartier des Hôpitaux Casablanca Tel: 0522 86 33 66 Fax: 0522 86 33 55 </div> | | | |
| Date de consultation : 10/09/18 | | | |
| Nom et prénom du malade : CHAYAT Tahmine Age: 30 | | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : Souffle cardiaque avec hypotension | | | |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 04/09/2010 | | | |
| 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) :

MUPRAS
RECEPTION 8

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 |
|-----------------|-----------------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 22.09.15 | 1 se. Echographie cardiaque | 300 Mts | 300 Mts | INP : 1091088559 Docteur Mohamed LEBEDE Cardiologue Quartier 3280 1167 Téléphone : 0522 46 33 22 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

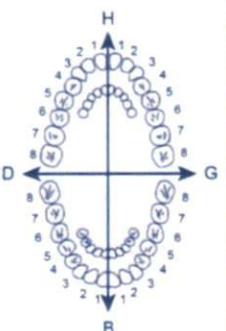
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

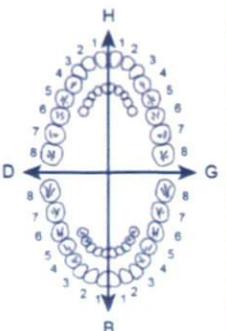
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |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

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 | 00000000 | 00000000 |
| B | 35533411 | 11433553 |

[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

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



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 30.09.15

Note d'Honoraires

Nom/Prénom : CHAYAT Nekoline

Nature d'examen :

: Ustéco 300 DT

: Echiodoppler 1000 DT

: Cardiopexie

:

Total :

1300 DT

Somme arrêtée à :

7 mille trois cents dt

Docteur Mohamed LEBBAR
CENTRE CARDIOVASCULAIRE
LES HÔPITAUX
4, Rue Tarik Ibn Ziad - 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**

Attaché des Hopitaux de PARIS
Membre du Comité Exécutif au CHU de RABAT
Membre de la Société Française d'Échocardiographie
Membre de la Faculté de Médecine de PARIS

ECHODOPPLER CARDIAQUE

Nom : CHAYAT

Prénom : Mahassine

Age : 29 ans

Diagnostic clinique : Souffle cardiaque

Date : 30/09/2019

Adressé par : Dr LEBBAR

Conditions techniques : Bonnes

PARAMÈTRES MESURÉS

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

1) CAVITES GAUCHE :

- 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

