

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.

Diagnostique 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

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° P19- 0014742

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1417 Société : _____
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : _____
 Nom & Prénom : WASMIH Med Date de naissance : 10/01/1949
 Adresse : 33 Rue 131 GRP N QUARTIER OULFA ESSA
 Tél. : 06 77 66 60 53 Total des frais engagés : 800,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27 AOÛT 2019

Nom et prénom du malade : WASMIH Med

Age : 70.2

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 : Casa

Le : 27 / 08 / 2019

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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 |
|-----------------|---------------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 27 Avril 2019 | Holter tensionnel des 24H | | 800 DH | |

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

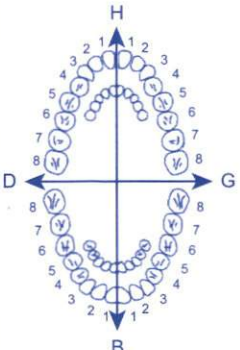
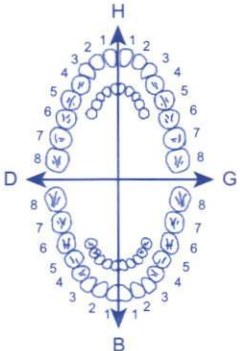
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| |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

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

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|------------------|---------------------|-------------------------|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|-------------------------|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT 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 | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | 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

CABINET DE CARDIOLOGIE

Im Star Youness, n° 20, Rue Oumaima SAYAH

Quartier Racine, Bd Al Massira, Casablanca

Tel : 02 22 39 31 01, Fax : 02 22 36 79 35, GSM:06 61 14 94 22

EXPLORATIONS CADIOVASCULAIRES

Dr Hassan JAMMI

Email : drjammi@hotmail.com

ECHO DOPPLER CARDIAQUE ET VASCULAIRE – EPREUVE D'EFFORT – HOLTER RYTHMIQUE ET TENSIONNEL

Casablanca le

27 AOUT 2019
27 AOUT 2019

NOTE D'HONORAIRES

NOM : *WASMIH*
PRENOM : *med*
ORGANISME : *MUPRAS*

CONSULTATION + ELECTROCARDIOGRAMME :

ECHO DOPPLER CARDIAQUE :

ECHO DOPPLER ARTERIEL DES MI :

ECHO DOPPLER DES VAISSEAUX DU COU :

ECHO DOPPLER DES ARTERES RENALES :

ECHO DOPPLER VEINEUX MI :

EPREUVE D'EFFORT :

HOLTER RYTHMIQUE DE 24 H :

+ HOLTER TENSIONNEL DES 24 H : *800.00*

AUTRE :

TOTAL : *800.00*

Soit : *Huit Cent dh*

Dr H JAMMI

PATENTE N° : 35719032

IF : 40301337

ICE : 001698148000061

Docteur Hassan JAMMI
CARDIOLOGUE
20, Rue Oumaima SAYAH
Bd. Al Massira - Al Khadra - Casa
Tel.: 0522 39 31 01 - Fax: 0522 36 79 35
IMR: 091080218

COMPTE RENDU DE HOLTER TENSIONNEL DES 24 H

NOM : Mr WASMIH Mohamed
DATE : 27 / 08 / 2019
AGE : 70 ans
INDICATION : HTA a contrôler sous PREZAR 100 et TENORMINE 50

Enregistrement réalisé sur appareil Agilis, durant 24 h, du **26 / 08 / 19, à 15 h 42 mn.**

Un total de **59** mesures a été enregistré et validé **98 %**, **49** en diurne, et **10** en nocturne.

Pendant la période des 24 h , le résumé des résultats est le suivant :

- *Pression artérielle systolique diurne supérieure à 140 mmHg : **14 %** des mesures ;
- *Pression artérielle diastolique diurne supérieure à 90 mmHg : **00 %** des mesures ;
- *Pression artérielle systolique nocturne supérieure à 120 mmHg : **20 %** des mesures ;
- *Pression artérielle diastolique nocturne supérieure à 80 mmHg : **00 %** des mesures ;

*PAS la plus élevée en diurne : **157**.PAD : **84**

*PAS la plus élevée en nocturne : **140**, PAD : **66**

CONCLUSION :

Pression artérielle systolique moyenne des 24 h : **127 mmHg ;**

Pression artérielle diastolique moyenne des 24 h : **66 mmHg ;**

Enregistrement ambulatoire de la TA qui montre :

Un profil systolique diurne normal

Le profil diastolique diurne normal,

Le Profil TA systolique normal , diastolique aussi

Fréquence cardiaque moyenne des 24 h normale : **50 bpm**

La charge tensionnelle moyenne des 24 h est normale (**80 mmHg**).

Rythme nycthéral conservé

**Donc : Profil tensionnel des 24 h : HTA bien équilibrée sous Sous traitement
PREZAR 100 et TENORMINE 50**

CAT : Maintenir le même Traitement Médicamenteux.

Dr Hassan JAMMI
Cardiologue

