

# 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.

## Maladie chronique :

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- 049901

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1096 Société : 40826

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ZERROU - Abdou

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0601049754 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) :



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux										
				Montant des soins										
				Début d'exécution										
				Fin d'exécution										
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins
	H													
	25533412	21433552												
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis											
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de											

Signature du patient	Signature du praticien
----------------------	------------------------

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : .....	Mle
DECLARATION N°	W18-340395	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-340395

DATE DE DEPOT

...../...../201...

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle
Nom & Prénom		ZERROU Abdelk
Fonction :	Phones .....	
Mail .....		
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient	
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Age .....	Date 18/08/2018	
Nature de la maladie		Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
ECG -		1000DH
<b>PHARMACIE</b>	Date .....	
Montant de la facture	Signature et cachet du Pharmacien	
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date : .....
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date : .....
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
IV		

**Dr. RAISSOUNI Maha**  
Professeur en Cardiologie  
INPE : 101106193

CACHEE

CACHEE

**F A C T U R E**

N° 79 420 / 2020 du 18/08/2020

Nom patient : **ZERROU ABDENBI**

Entrée 18/08/2020

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 18/08/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Electrocardiogramme (ECG)	1,00		100,00	100,00
ECHODOPPLER CARDIAQUE	1,00		900,00	900,00
			Sous-Total	1 000,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>1 000,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	
MILLE DIRHAMS	<b>Total 1 000,00</b>

Encaissements			<b>Carte Bq</b>		<b>Total encaissé</b>	<b>Solde</b>
			1 000,00		1 000,00	0,00

Hôpital Universitaire International  
Cheikh Khalifa  
Consultation Cardiologie

**SERVICE MEDICAL DE CARDIOLOGIE**  
TEL DIRECT: 0529 050 234

Casablanca le 18/08/2020

**Patient :** Nom : ZERROU PRENOM : ABDENBI

**Indication :** Diabète, HTA

## COMPTE RENDU D'ECHOCARDIOGRAPHIE

- Valves mitrales souples légèrement calcifiées de cinétique normale
- Valves aortiques de morphologie tricuspide légèrement calcifiées de bonne ouverture
- Cavités cardiaques non dilatées
- Contractilité segmentaire et globale du VG conservée, bonne fonction systolique avec FEVG : 77%
- VD non dilaté de bonne fonction systolique, onde S'=14cm/s.
- VCI fine COMPLIANTE.
- Péricarde libre
- Aorte thoracique de calibre normal.
- Mesures :

OG	Aorte	VG	SIV	PP	VD
30mm	24mm	DTD : 49 mm	11 mm	10mm	26mm
16cm <sup>2</sup>		DTS : 33 mm			

- Mesures Doppler :
  - E=0.65m/s , A=0.97m/s , E /é=
  - FA : 1,4m/s , IA grade I :PHT=699ms
  - IT grade I, PAPs= 29mmHg

### Conclusion :

- **Structures valvulaires légèrement calcifiées**
- **Cavités cardiaques de taille et de cinétique normales**
- **Bonne fonction systolique du VG, FEVG= 77%**
- **Fonction VD conservée**
- **IA grade I, PAPs=29mmHg**

Pr M. Raissouni

Dr. RAISSOUNI Maha  
Professeur en Cardiologie  
INPE : 101106193



## Reçu de caisse

N° : 200818115510KE / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000240154	ZERROU ABDENBI	18/08/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	9256 Lui-même	1 000,00
	Total payé	1 000,00

Reçu établi par :KENADD

Consultation Cardiology  
Cheikh Khalifa  
International

Centre  
Monétique  
Interbancaire

18/08/20

11:49:55

9900397820

93978201

HOP CHEIKH KHALIFA G4  
Casablanca

A00000000031010

APP : VISA

M ZERROU ABDENBI

xxxxxxxxxxxxx3886

03/23 CARTE NATIONALE

EC7143851269585F

201-0-9999-1-44

MONTANT: 1000,00 MAD

NUM TRANSACTION : 003

NUM AUTORISATION: 808200

STAN : 009256

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT



Id : ZERROU ABdenBE

18/08/2020 12:12:02

Rythme sinusal

--- Interprétation effectuée sans connaître l'âge/sexu du patient ---

ECG normal

TA = 176/80

FC = 74

Indéfini --- (---) Indéfini

Taille : 0 cm Poids : 0 kg TA : 0/0 mmHg

FC: 78 bpm

PR: 158 ms

QRS: 94 ms

QT/QTcH: 370/402 ms

QTcB: 422 ms

QTcF: 404 ms

Rv5-v6/Sv1 : 1.16/0.72 mV

Sok-Lyon : 1.87 mV

Axe: 13/21/34 °

\*RAPPORT NON CONFIRMÉ\*

Méd. :

Technicien :

Commentaires :

