

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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° W19-558989

46.759

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : 89.07

Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

BENAYA ACHI LALAMI Abdelkader

Date de naissance : 30.11.63

Adresse :

Tél. : 06 61 46 01 22 Total des frais engagés : 1000,00 Dhs Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BENAYA ACHI LALAMI

Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : AIIA

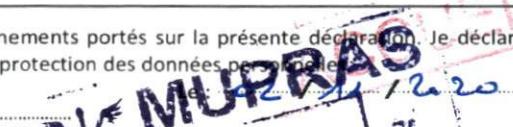
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-558989

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



#### **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
.....	.....	.....	.....	INP : <input type="text"/>
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

## **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
Dr. Hassan & Cie Carlo Régis 19 Rue George V 75116 Paris 01 45 31 39 39	30/10/20	echo, doppler cardiopulm	1000,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### **VOLET ADHERENT**

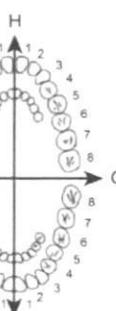
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE


  
H  
1  
2  
3  
4  
5  
6

### [Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## **ECHO-DOPPLER CARDIAQUE**

**NOM : BENAYACHI LALAMI Abdelkader**

Age : 56 ans

Motif : HTA

Echogénicité : bonne

**Date : 20/10/2020**

Taille : cm

Poids : Kg

SC : m<sup>2</sup>

### **MESURES :**

Aorte	32	mm (sinus)	Septum	8	mm
OG	25	mm (TM)	P. post	7	mm
VG d	54	mm (TM)	VD	14	mm
VG s	33	mm (TM)	FC	58	bpm
FEVG	68	% Teicholtz			
	70	% Visuelle			

### **COMMENTAIRES :**

Aorte initiale non dilatée, à valves fines, s'ouvrant normalement en systole.

Pas d'insuffisance aortique.

Oreillette gauche non dilatée.

Valves mitrales fines.

Pas d'insuffisance mitrale.

Flux mitral E/A = 1,04. E/E' septal = 7. E' septale = 7 cm/s

Ventricule gauche non dilaté, non hypertrophié, de cinétique normale.

Cavités droites non dilatées.

Valves tricuspides fines.

Pas d'insuffisance tricuspide.

Pas de thrombus intracavitaire.

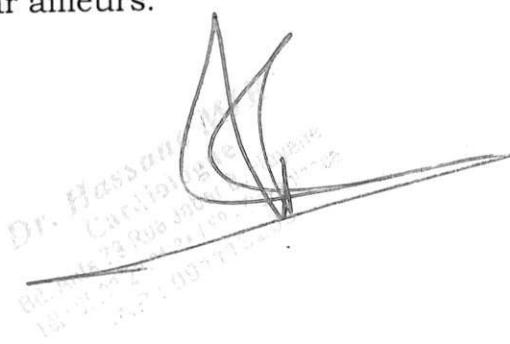
Pas d'épanchement péricardique.

### **CONCLUSION :**

Fonction systolique VG normale.

Pressions de remplissage VG normales.

Examen sans particularité par ailleurs.



# Cabinet de Cardiologie

Docteur Hassane MIR

79, rue Jaber Ben Hayane 20020 Casablanca

Tél : 05 22 22 21 34 / 58

INP : 091113209

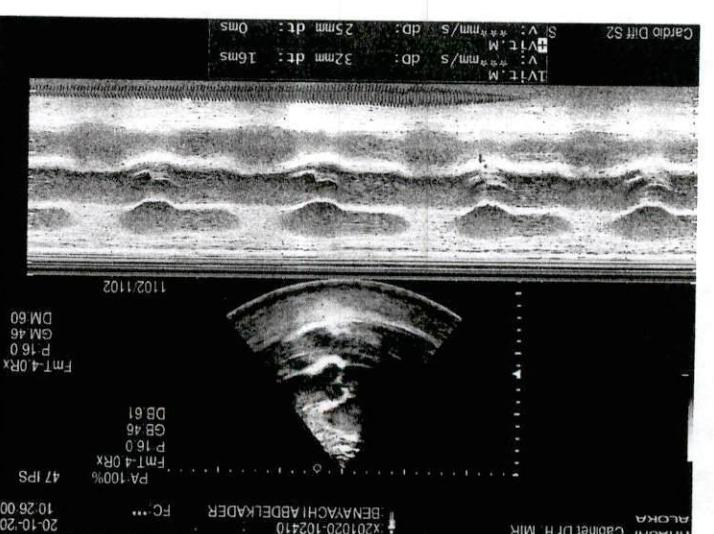
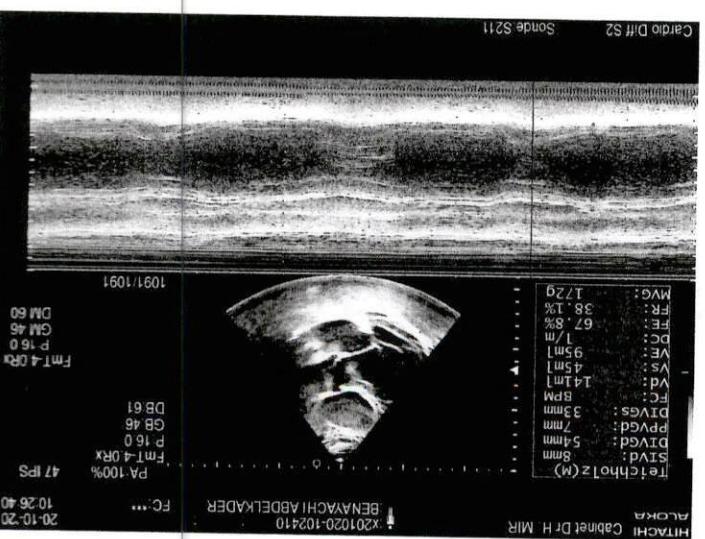
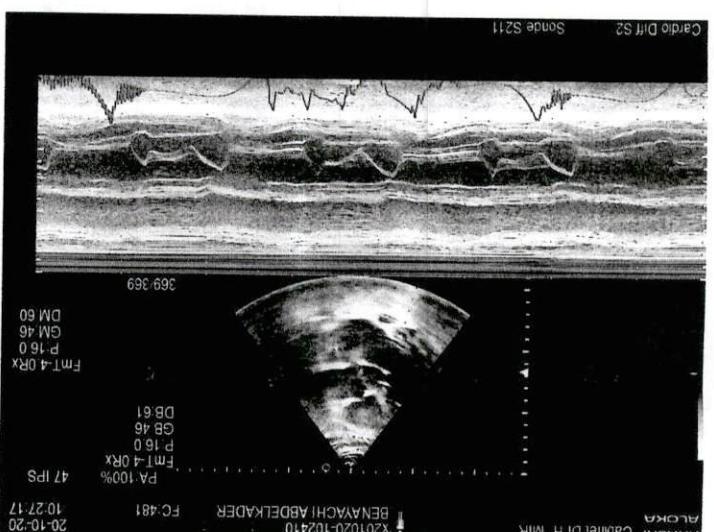
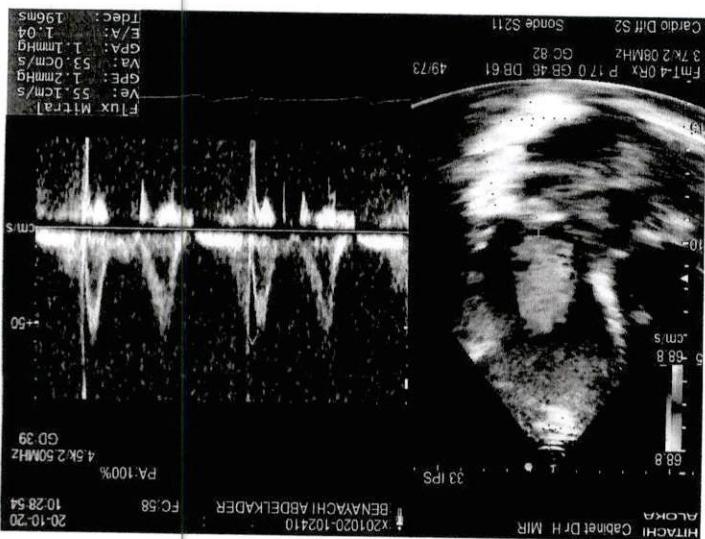
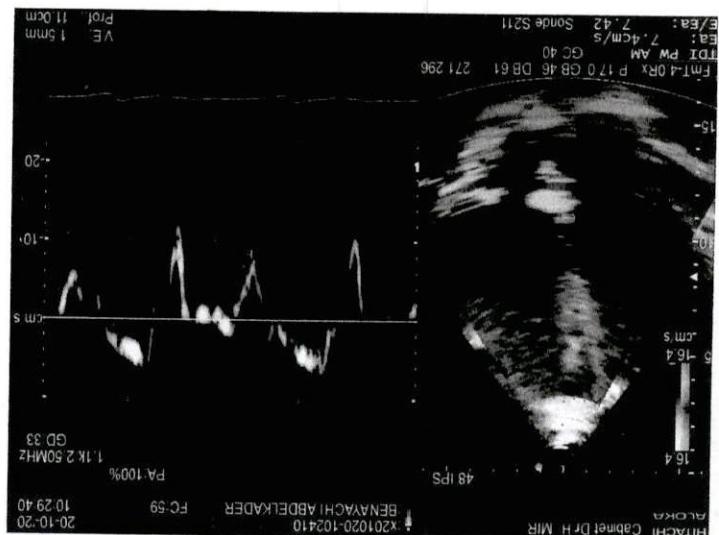
NOTE D'HONORAIRES DU 20/10/2020

Nom du patient BENTYSA HI LALAMI  
Abdelkader

Actes : échographie cardiaque

Somme : 1000,00 DHS

Dr. Hassane MIR  
Cardiologue  
3d. Alifa 72, rue Jaber B. Hayane  
Tél: 05 22 22 21 34 / 58  
INP: 091113209



Patient name: ABDELKADER BENAYACH  
Patient code: 06102005  
Patient birthdate: 1963-11-30  
Patient sex: Male

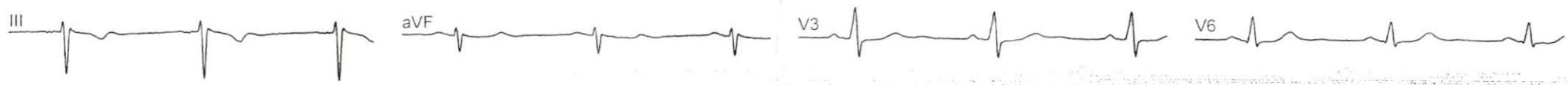
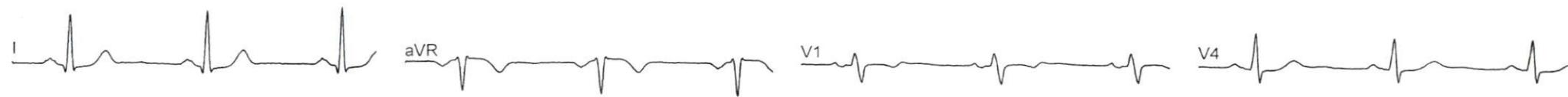
Doctor name: admin  
Record time: 2020-10-06 17:01:43  
Printing time: 2020-10-06 16:08:34

HR [bpm]: 62  
P-Q [ms]: 154  
QRS [ms]: 94  
QT [ms]: 404  
QTc [ms]: 410

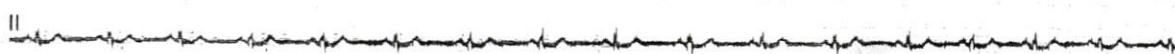
P [deg]: 20  
QRS [deg]: -21  
T [deg]: 0



25 mm/s 10 mm/mV ▼ On ▽ On



10 mm/s 5 mm/mV



El a normal