

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 canalaire, 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 canalaire.

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° W19-498726

47581

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9798	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ALLAOUI MOUROUD			
Date de naissance : 18/03/1972			
Adresse : Bd CHENGUETTE IMM CHENGUETTE N° 1 SMAALA SETTAT			
Tél. : 0665151188	Total des frais engagés : # 600 # Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : <i>ALLAOUI NOV. 2020</i>			
Date de consultation : 11/11/20			
Nom et prénom du malade : MACAK ALLAOUI			
Age: 40			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Echocœur			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <i>maladie</i>			
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 : 16/11/2020
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-498726

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 : 9798
 Nom de l'adhérent(e) : ALLAOUI MOUROUD
 Total des frais engagés : 600 Dhs
 Date de dépôt : 16/11/2020

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
11/11/20	Examen coeur	1	600,00 DH	INP : 061124678 

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

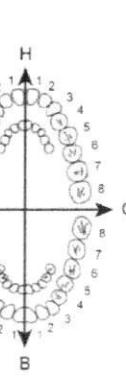
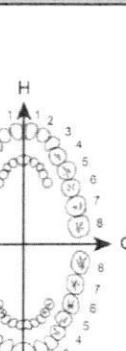
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 I B G			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
[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

Dr. Maryam BOUSROUR

Pédiatre

- Diplômée de la Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca
- Ancienne résidente du CHU Ibn Rochd Casablanca



الدكتورة مريم بسرور

اختصاصية في أمراض الأطفال والرضع

- حاصلة على دبلوم في طب الأطفال

من كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

- طبيبة مقيمة سابقاً بمستشفى

ابن رشد الدار البيضاء

Settat, le: 02 / 11 / 2020

cher collègue,

Permettez-moi de vous adresser

l'enfant Nataâk Allaoui, âgée

de 1 mois ayant des douleurs

thoraciques.

je vous l'adresse pour Echo-

Géral
Cardiaque

ساحة الحرية رقم 29 الطابق الأول شقة رقم 1 حي الملاح (أمام بريد المغرب) سطات

Place la liberté N°29, 1er étage Appt.N°1 Quartier Mellah (en face de BARID ALMAGHRIB) - Settat

Tél.: 05 23 40 36 09 / e-mail: maryam.bousrour@gmail.com

Dr. ELMOUHADAB AMAL

Spécialiste des maladies du cœur et des vaisseaux

Ex médecin-chef du service de Cardiologie à l'hôpital Hassan II Settat

Spécialiste en Cardiologie

Maladie du Coeur Adultes, Pédiatriques et congénitaux

Maladies Vasculaires

Hypertension Artérielle / Epreuve d'effort

Echocardiographie Doppler Couleur Adultes

Pédiatriques et Congénitaux

Echodoppler Couleur Vasculaire

Holter ECG / Holter Tensionel



الدكتورة المهدب أمال

طبيبة اختصاصية في أمراض القلب والشرايين

أمراض القلب للكبار والأطفال والرضع

أمراض الشرايين والدولي (العروق)

ارتفاع الضغط الدموي

فحص القلب بالصدى والدوبلير بالألوان

للكبار والأطفال والرضع

فحص الشرايين (العروق) بالصدى والدوبلير بالألوان

تخطيط القلب المستمر وقياس الضغط المستمر

Settat, le : .../.../... سطات, في :

MALAK ALLAoui

Ecdo - doppler cardiaque

six cent diabarre

(600mmHg)

Dr. ELMOUHADAB AMAL
Cardiologue 1er Etg. Settat
5 Rue Allal Alfassi 05237232266 0667242766

CABINET DE CONSULTATION ET D'EXPLORATIONS CARDIOVASCULAIRES.

Dr ELMOUHADDAB AMAL.

Spécialiste des maladies du cœur et des vaisseaux.

Cardiologie adulte, enfant et vasculaire.

(ECG de repos et d'effort, Holter tensionnel et rythmique, Echocardiographie couleur)
LE 11/11/20

NOM ET PRENOM : MALAK ALLAOUI

INDICATIONS :

VG S/D	VD	SIV	FE%	%RAC	TAP	AO	OG	PP
35,5/22mm	12mm	7,5mm	69%	39%	19mm	21mm	16,5mm	7,5mm

SITUS :solitus

Bonne concordance ventriculo-arterielle et auriculo-ventriculaire
Retour veineux pulmonaire normal

FONCTION VENTRICULAIRE GAUCHE :

Ventricule gauche non dilaté à parois non hypertrophiées de fonction systolique globale et segmentaire conservée avec FE=69%au TM.

VENTRICULE DROIT :

Non dilaté, de bonne fonction systolique

OREILLETTE DROITE

Non dilatée.

OREILLETTE GAUCHE :

Non dilaté, libre d'écho.

VALVE MITRALE :

Aspect en Bd :souples avec anneau mitrale normal ,surface mitrale normal
Doppler couleur :IM minime

VALVE AORTIQUE :

Aspect en Bd : aspect normal avec trois valves sans diastasis avec une bonne ouverture aortique.

Doppler couleur : flux aortique normal avec vitesse :0,8 m /s.

