

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.

Biologie 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.

Prothèse :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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° M20- 0009024

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6089 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : THYFA Kamal

Date de naissance : 01.01.58

Adresse : 97, Bd Moulay Idriss Casablanca

Tél. : 0681138989 Total des frais engagés : 1153,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/12/2020

Nom et prénom du malade : BENNANI NETTAFatima Zahra Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Maladie Thoracique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

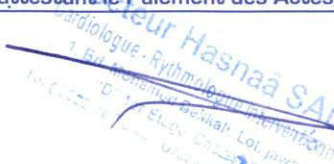
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casablanca Le : 23/12/20

Signature de l'adhérent(e) :


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
17/12/20	as. ECG		300,00	
	Echocardi		800,00	

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
	17-12-20		53,10

AUXILIAIRES MEDICAUX

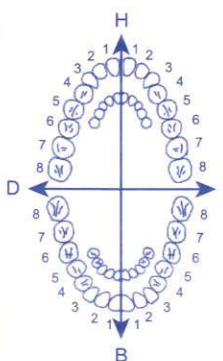
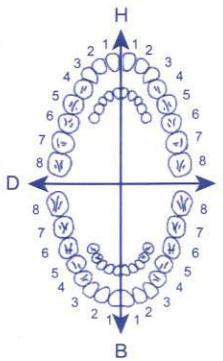
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				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																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Hasnaâ SALIH
Cardiologue - Rythmologue Interventionnelle

Diplômée de la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca
Ancienne interne du CHU Ibn Rochd de Casablanca
Diplôme de Rythmologie et Stimulation Cardiaque de l'Université Paris Descartes
Diplôme d'Echocardiographie Doppler de l'Université Bordeaux II

Echocardiographie Doppler - Epreuve d'Effort
Implantation Pacemaker/Défibrillateur Cardiaque
Ablation des Tachycardies



الدكتورة حسناء صالح

اختصاصية في أمراض القلب والشرايين
اختصاصية في القسطرة العلاجية لأمراض دقات القلب
خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء
دبلوم في القسطرة العلاجية لأمراض دقات القلب بباريس
دبلوم في فحص القلب بالصدى بيورديو
فحص القلب بالصدى - اختبار الجهد - أجهزة تنظيم دقات القلب

Casablanca, le : 17/12/2020, في : الدار البيضاء,
M. BENNANT NETTAH
FATIMA

Ordonnance

RELAXOL 500 mg /2mg : 1 comp. 3 fois par jour

EXTRAMAG 1cp/j le soir

LOT : 20E017
PER: 06 2023
RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V : 53DH10
6 118000 060833

Docteur Hasnaa Salih

Docteur Hasnaa SALIH
Cardiologue - Rythmologue Interventionnelle
1, Bd. Mohamed Bekkali, Lot. Jawhara «D», 1er Etage (au dessus de BIM), Casablanca
Tél: 05 22 70 70 46 - الموبايل: 06 73 21 21 40 - Urgences

Docteur Hasnaâ SALIH

Cardiologue - Rythmologue Interventionnelle

Diplômée de la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca

Ancienne interne du CHU Ibn Rochd de Casablanca

Diplôme de Rythmologie et Stimulation Cardiaque de l'Université Paris Descartes

Diplôme d'Echocardiographie Doppler de l'Université Bordeaux II

Echocardiographie Doppler - Epreuve d'Effort

Implantation Pacemaker/Défibrillateur Cardiaque

Ablation des Tachycardies



الدكتورة حسناء صالح

اختصاصية في أمراض القلب والشرابين
اختصاصية في القسطرة العلاجية لأمراض دقات القلب

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء
دبلوم في القسطرة العلاجية لأمراض دقات القلب بباريس
دبلوم في فحص القلب بالصدى ببوردو

فحص القلب بالصدى - اختبار الجهد - أجهزة تنظيم دقات القلب

Le 17/12/2020

Mme BENNANI NETTAH Fatima zohra

COMPTE-RENDU ECHOCARDIOGRAPHIE

VG= 40/25mm ; Ao ascendante= 27mm ; Ao horizontale= 26mm ; Ao abdominale=17mm ; SIV=8mm ; PP= 8mm

1. VG non dilaté, non hypertrophié, de bonne contractilité globale et segmentaire FEVG à 68% (Teicholz).
2. Flux mitral normal, pressions de remplissage basses.
3. OG non dilatée (SOG= 15cm²), libre d'échos à l'ETT.
4. Valves mitrales peu épaissies, microfuite mitrale ; pas de RM.
5. Sigmoïdes aortiques au nombre de 3, non épaissies, pas de RAO, pas d'IAo.
6. Cavités droites non dilatées, bonne fonction systolique du VD (S'=11cm/s), IT minime estimant PAPS à 23+5=28mmhg.
7. VCI non dilatée, compliant.
8. Décollement péricardique minime de 2mm en regard des cavités droites sans retentissement hémodynamique.
9. Aorte de taille normale.

Au TOTAL : Fonction systolique du VG conservée FEVG à 68%.

Pressions de remplissage basses.

Pas de valvulopathie mitro-aortique significative.

Décollement péricardique minime.

Bonne fonction VD. PAPS à 28mmhg.

Docteur Hasnaâ SALIH
Cardiologue - Rythmologue Interventionnelle
1, Bd. Mohamed Bekkali, Lot. Jawhara «D», 1er Etage (au dessus de BIM), Casablanca
Tél.: 05 22 70 70 46 - Urgences : 06 73 21 21 40
E-mail : docteursalih.cardio@yahoo.fr