

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 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

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° W21-795255

156590

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12310 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SAMAM JETISSAM
 Date de naissance : 15/07/1984
 Adresse : DR ABD SLAMIYENNE OULAD SALEH NOUAEUR
 Tél. : 0660388570 Total des frais engagés : 1180 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 05/04/23
 Nom et prénom du malade : M. SAMAM JETISSAM Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Bilou Cardiologie
 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 : 05/04/23

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

VOLET ADHERENT

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

05/04/23	CP-EEG	300		
----------	--------	-----	--	--

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

05/04/23	Tenobeur	800		
----------	----------	-----	--	--

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

A.M.

P.C.

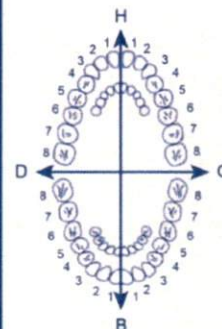
I.M.

I.V.

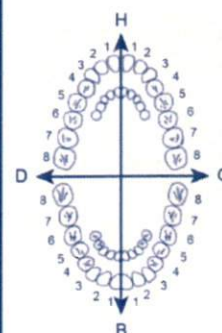
Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

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



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
B			
00000000	00000000		
35533411	11433553		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

Royaume du Maroc
Forces Armées Royales
Hopital Militaire
D'instruction Mohamed V



المملكة المغربية
القوات المسلحة الملكية
المستشفى العسكري الدراسي
محمد الخامس

Médecin Commandant Mouna EL GHAZI
Spécialiste en Médecine Aéronautique
CEMPN - HMIM - RABAT
INPE : 101224244

SAM SAM Ibtissam

Faire svp.

ETT

(IH + IT sous surveillance
chez une pilote de ligne)

Médecin Commandant Mouna EL GHAZI
Spécialiste en Médecine Aéronautique
CEMPN - HMIM - RABAT
INPE : 101224244

CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATION VASCULAIRE

DOCTEUR FARESSSE HASNAA

05/04/2023

COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE CARDIAQUE

PATIENT : Mme SAMSAM IBTISSAM.

INDICATIONS : BILAN CARDIOLOGIQUE.

TA=120/80 mm hg, pas de souffle, pas de signes d'IC.

ECG : NORMAL.

COMMENTAIRE :

- VG non dilaté, non hypertrophié, de fonction systolique globale conservée FEVG=65% en SB, profil mitral type normal avec pressions de remplissage basses E/Ea=6.
- OG non dilatée libre d'échos en ETT.
- Valves mitrales peu épaissies, pas de fuite, pas de sténose.
- Pas de valvulopathie aortique significative.
- Cavités droites non dilatées avec fonction systolique du VD conservée tapse=18mm, onde s=14cm/s.
- IT minime estimant la paps à 14+5mmhg.
- VCI non dilatée compliant.
- Péricarde sec.

AU TOTAL :

Bonne fonction systolique biventriculaire FEVG=65%.

Pas de valvulopathie mitroaortique significative.

Pas d'HTAP.


Dr H. FARESSSE
CARDIOLOGUE
N° 12222 - Casablanca
0522 42 42 42

05/04/2023

FACTURE

PATIENT : Mme SAMSAM IBTISSAM .

EXAMEN REALISE : ECHODOPPLER CARDIAQUE.

HONORAIRE : 800DH.

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE HUIT CENTS DIRHAMS.

D. Hasnaa FARESSE
CARDIOLOGUE
Bd. El Ouedj Rte. Les Rosiers Imm. 1
N°122 Ain Chock - Casablanca
0522 522 530 - 091199687