

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.

<input type="checkbox"/> Cadre réservé à l'adhérent (e)	Matricule : <u>2430</u>	Société : <u>RAM RETRAITE</u>
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>SEFIAN MOHAMED</u>		
Date de naissance : <u>6/6/1955</u>		
Adresse : <u>N° 31m 81 LOT ATTAJADAHOUN OULFA CASA</u>		
Tél. : <u>06 69 79 4115</u>		Total des frais engagés : <u>1000,00</u> Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019	Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin :	
Date de consultation : / /	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC Pathologie :	
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 : CASA

Le : 24/12/2013

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

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ 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	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient																					
				Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>																				
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">DROITE</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">11 21 12 22 13 23 14 24 15 25 16 26 17 27 18 28</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">GAUCHE</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">H</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"></td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">00000000</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">21433552 00000000</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"></td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">00000000</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">35533411</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">00000000 11433553</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"></td> <td colspan="4" style="text-align: center; font-size: small;">(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</td> </tr> </table>				DROITE	11 21 12 22 13 23 14 24 15 25 16 26 17 27 18 28	GAUCHE	H			00000000	25533412 00000000	21433552 00000000			00000000	35533411	00000000 11433553			(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			
DROITE	11 21 12 22 13 23 14 24 15 25 16 26 17 27 18 28	GAUCHE	H																					
	00000000	25533412 00000000	21433552 00000000																					
	00000000	35533411	00000000 11433553																					
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																							
Visa et cachet du praticien attestant le devis	Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																							

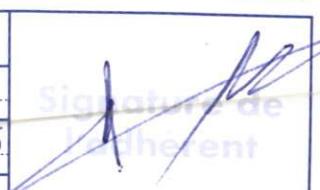
VOLET ADHERENT	NOM : _____	
MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		
DECLARATION N°	P 17 / 0060463	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois <small>Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle</small>		
Cachet MUPRAS		

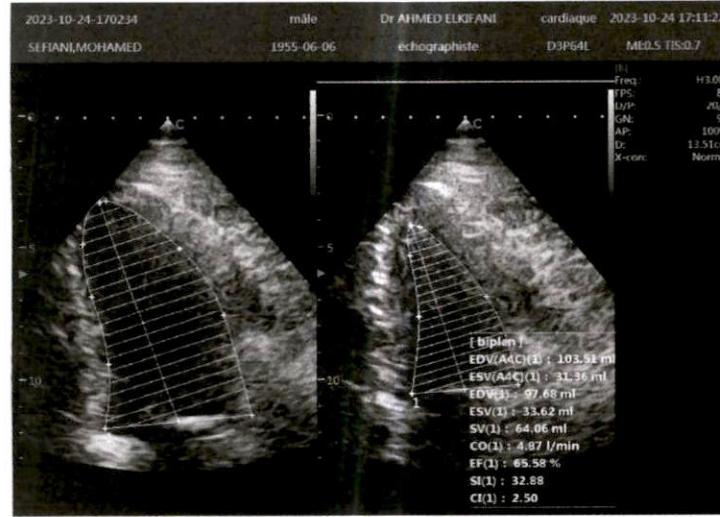
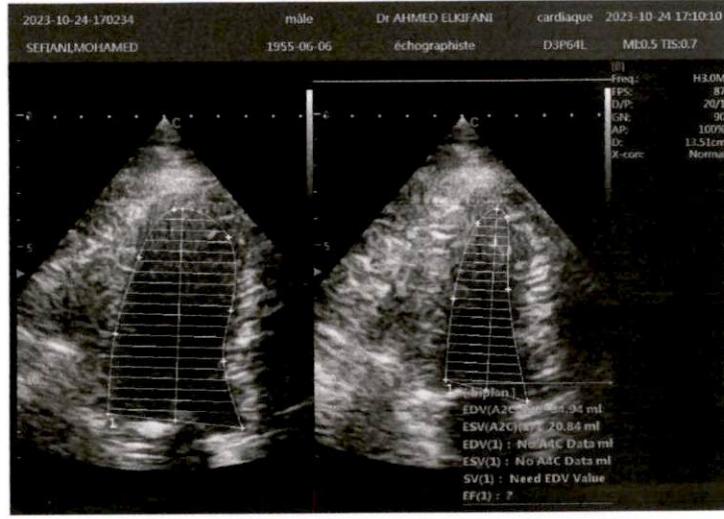
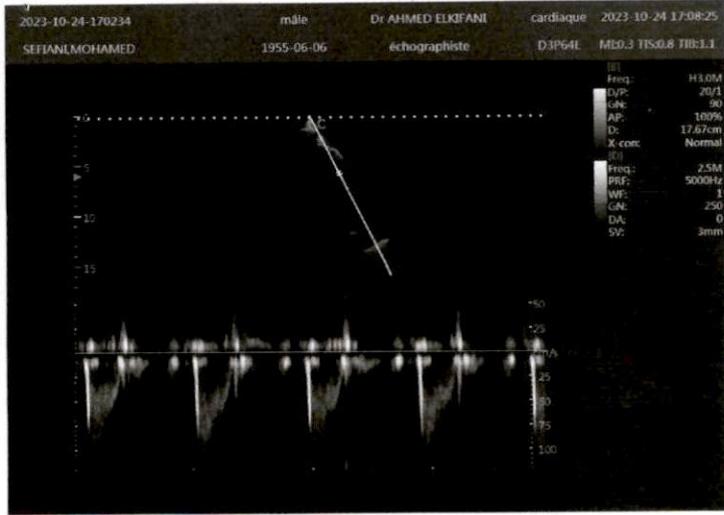
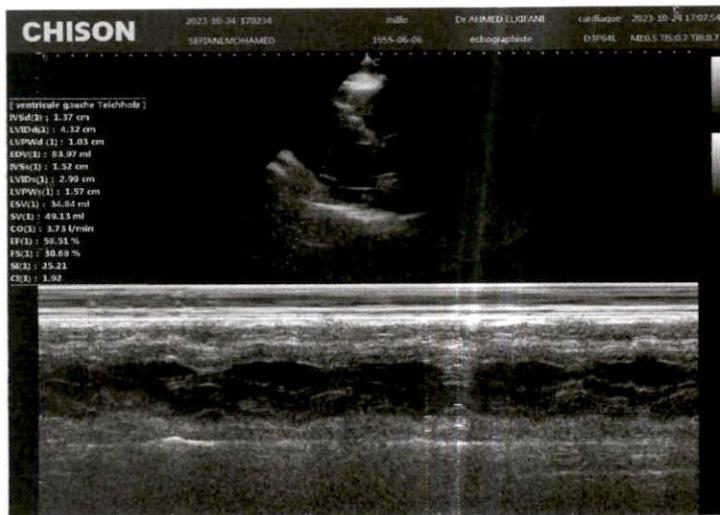


P 17 / 0060463

DATE DE DEPOT

/ /201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 2430	 <small>Signature de l'adhérent</small>
Nom & Prénom SEFIANI MOHAMED Fonction RETRAITÉ Phones 0669794115 Mail asmarsfiani@gmail.com			
MEDECIN	Prénom du patient MOHAMED		24/10/2023 <small>Date 1ère visite</small>
<input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	
Nature de la maladie cardiopathie / HTA			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances 			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
Echographie Cardiologie		1000,00	
PHARMACIE	Date		
Montant de la facture 			
 Dr. EL KANDAHMED <small>82, Rue Tizi Ouzou - 90000 Oran - Algérie - Tel: 0522 98 72 37 - Fax: 0522 98 72 37 - Cédex 1066 - 091056705</small>			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date _____			
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
CACHET			
AUXILIAIRES MEDICAUX Date _____			
Nombre AM PC IM IV		Montant détaillé des Honoraires	
CACHET			





Dr AHMED ELKIFANI

cardiaque Rapport

Patient ID : 2023-10-24-170234

anniversaire : 1955-06-06

Poids : 85.00 kg

Fréquence cardiaque : 76 bpm

Conclusion diagnostic

Nom : SEFIANI,MOHAMED

sexe : mâle

hauteur : 168.00 cm

RAP : 1 mmHg

âge : 68Y

échographiste :

BSA : 1.948582 m²

Temperature : 37 °C

B Measurements

biplan

EDV(A2C) : ml

EDV(A4C) : 103.51 ml [dernier]

EDV : No A2C Data ml

SV : Need EDV Value ml

EF : ? %

CI : 2.50

ESV(A2C) : ml

ESV(A4C) : 31.36 ml [dernier]

ESV : No A2C Data ml

CO : 4.87 l/min

SI : 32.88

D Measurements

valvule mitrale MV E Vélocité

MV E Vel : 62.85 cm/s [dernier]

MV E PG : 1.58 mmHg

valvule mitrale MV A Vélocité

MV A Vel : 90.22 cm/s [dernier]

E/A : 0.70

MV A PG : 3.26 mmHg

A/E : 1.44

valvule mitrale MV DecT

MV DecT : 0.21 s [dernier]

valvule mitrale IVRT

IVRT : 0.09 s [dernier]

TDI TV lateral

Sa : 13.22 cm/s [dernier]

TDI MV medial

Sa : 9.50 cm/s [dernier]

E/Ea : 6.62

Aa : -14.37 cm/s [dernier]

Ea : -9.50 cm/s [dernier]

PCWP : mmHg

Ea/Aa : 0.66

M Measurements

ventricule gauche Teichholz

IVSd : 1.37 cm [dernier]

LVPWd : 1.03 cm [dernier]

IVSs : 1.52 cm [dernier]

LVPWs : 1.57 cm [dernier]

SV : 49.13 ml

EF : 58.51 %

SI : 25.21

LVIDd : 4.32 cm [dernier]

EDV : 83.97 ml

LVIDs : 2.99 cm [dernier]

ESV : 34.84 ml

CO : 3.73 l/min

FS : 30.68 %

CI : 1.92

Image échographique:

CABINET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

DR. A.ELKIFANI

PATIENT : M. SEFIANI MOHAMED

DATE : 24/10/2023

MOTIF : coronaropathie stable / HTA

ECHOCARDIOGRAPHIE 2D + TM

Le ventricule gauche : non dilaté (43/30mm). Cinétique pariétale normale. La fonction systolique est normale : FEVG estimée à 65% au biplan. Hypertrophie septale modérée (14mm)

L'oreillette gauche : non dilatée (19cm²)

Les cavités droites : non dilatées. La fonction systolique du VD est normale

L'aorte : dimensions normales et ouverture normale des sigmoïdes.

La valve mitrale : normale. Les valves tricuspidé et pulmonaire : normales

Le péricarde : normal ; Pas de thrombus intra cavitaire

La VCI : non dilatée et compliant

ETUDE DOPPLER : PULSE, CONTINU et COULEUR

FLUX MITRAL : normal. TDE: 210ms. TRIV : 90ms ; DTI normal

FLUX AORTIQUE : normal

FLUX TRICUSPIDÉ : normal

FLUX PULMONAIRE : normal

CONCLUSION

Maladie hypertensive et coronaire sans retentissement sur les fonctions ventriculaires gauches systolique et diastolique. Les pressions de remplissage sont normales.



Docteur Ahmed ELKIFANI
CARDIOLOGUE
Inscription au CROM : 16331/97
82, rue Soumaya / Bd. Abdelmoumen
Maarif ; Casablanca ; MAROC
Tel : 0522987237/0522252619

Casablanca le : 21.10.2023

PATIENT : SEFIANI MOHAMED

Facture N° :

FACTURE POUR

CONSULTATION +ECG : /

ECHODOPPLER CARDIAQUE : 1000,00

ECHODOPPLER VASCULAIRE : /

HOLTER TENSIONNEL : /

HOLTER ECG (RYTHMIQUE) : /

TOTAL = 1000,00

Dr. A. ELKIFANI

Dr. EL KIFANI Ahmed
CARDIOLOGUE
82, Rue Soumaya - Casablanca
Tél.: 05 22 98 72 37
ICE : 001748483000083
INPE : 091056705

IF : 42504628 / ITP : 34772345 / ICE : 001748483000083

INPE : 091056705