

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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

203026

Déclaration de Maladie
M23-007510

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00455

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : YEGGANI Mohamed

Date de naissance : 01/01/1962

Adresse : 119 Hay Al Wahda , El alia

20830 Mohammed V - Maroc

Tél. : 0611035673 Total des frais engagés : 684,63 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 17/4/2016

Nom et prénom du malade : YEGGANI Mohamed

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : O.G Spécie ,

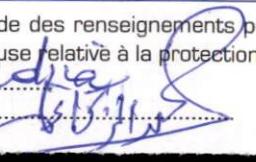
Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Non -

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 : Mohammedia, 17/4/2016

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 17/4/2016

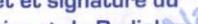
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
15/04/2011		Grat	Grat	Grat

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACHE HASSANIA Dr. BERRI Najat Ep. LBOUCHE N° 165, Bd. De la Resistance El Alia MOHAMMEDIA Tél. 05 23 28 76 61	17.14.24	34,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 	17/04/2014	Echus 10mm	650.00 Causes des Urgences

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates the H-D-B coordinate system. The vertical axis is labeled 'H' at the top, the horizontal axis is labeled 'D' on the left, and the diagonal axis is labeled 'B' at the bottom. Points are numbered from 1 to 12 and are distributed as follows: Point 1 is at the top vertex; Point 2 is at the top edge; Point 3 is at the top-left corner; Point 4 is at the middle-left curve; Point 5 is at the middle-left corner; Point 6 is at the middle edge; Point 7 is at the middle-right corner; Point 8 is at the middle-right curve; Point 9 is at the bottom-right corner; Point 10 is at the bottom edge; Point 11 is at the bottom-left corner; and Point 12 is at the top-left curve. The points are arranged in a circular pattern around the axes.

[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

وصفة ORDONNANCE

FDS M23-007510

le 17/4/2024

Mr. Zeggari Mohamed.

34,6^o ① Larix 4^o 24/1J pdt. 03 جواع
Prin 1cp. 1J Contin.

PHARMACIE EL HASSANIA
Dr. BERRI Najat EP. LBOUCHE
N° 165, Bd. De la Resistance
El Alia - MOHAMMEDIA
Tel. 05 23 28 76 61

CNSS
Polyclinique CNSS
Mohammedia
Dr. EL HASSANIA
NPF-11126244

Vignette
sur Verso

LASILIX 40MG
20CP SEC
LOT : 23E014
PER : 09 2021
P.P.V : 34DH60
6 1180001060468



وصفة ORDONNANCE

Mercredi

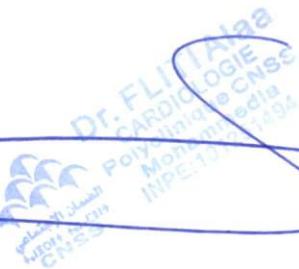
le 15/4/2024.

Mr. ZEGZEGANI Mohamed

Faîne svp.

ETT,

Dyspnée.



NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

Nom : Zefzef Ait Prénom : Moha

1) Date de la constatation de l'état de malade :

17/4/2024

2) Renseignements cliniques sommaires :

Dyspnée de repos.

3) Traitement envisagé et actes :

ETT

2) Durée prévisible du traitement :

A

LE

7/4/2024

Signature

Pli à joindre à la D.E.P

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Ce pli ne doit être ouvert
que par le Médecin contrôleur

Expéditeur :

FDS M23 - 007510

SERVICE D'IMAGERIE MEDICAL
RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE- ECHOGRAPHIE DOPPLER
MAMMOGRAPHIE

Dr FLITI Alaa
CNSS
Mohammedia
NPE: 101251494

REGGANI
Maled

Repte re du .

ETT

17/4/2024

- * Vc dilaté, Hypertrophie de paroi systolique ventral FEG à 55%
- * Thaïthibi ventral
- * PRVc normal.
- * Valves Aortiques & mitrales nécupi de Membrane d'Orverture satisfaisante.
- * Valves Mitrales calcifiées, IT modérée.
- * VS de taille & de paroi systolique ventrale.
- * IT permettant d'obtenir RAPS à $28+10=38$ ms
- * HTAP.
- * Morphométrie cardiaque de taille standard.
- * Cavité cardiaque libre pour débouché.
- * VCI fine & normoprotégée.
- * Peuconde sec.

CLES Cardiopathie hypertensive à FEG
Présentie



FDS M23-007510

FACTURE N° :F240304646/P

N° classement : PAYANT - 4488



090001470

DATE FACTURE : 17-04-2024

Identification patient

N° IPP : 2400043462
Nom et prénom : ZEGGANI MOHAMED

N° d'admission : S240301184

Information

Date d'entrée : 17/04/2024 10:25
Organisme 1 : MUTUELLE DE PREVOYANCE & D'ACTIONS SOCIALES (Payant)
N° immatriculation : 00450
Service d'entrée : RADIOLOGIE

Date de sortie : 17/04/2024 10:38
N° immatriculation 2 :
Medcin Traitant : FLITI ALAA
Service de sortie : RADIOLOGIE

Nature de Prestation	Intervenant	Lettre Clé	Quantité	PU	Taux Pec	Prix Total
HN-RADIOLOGIE : ECHO-DOPPLER CARDIAQUE	M0600017	CX13	1	650,00	0,00	650,00
TOTAL						650,00 Dhs

Nature de Prestation	Tiers payant 1		Tiers payant 2		Part du patient	
	MONTANT	% / DH	MONTANT	% / DH	MONTANT	% / DH
CX13	0,00	0,00	0,00	0,00	650,00	100,00
TOTAL	0,00 Dhs	-	0,00 Dhs	-	650,00 Dhs	-

Montant dû :	650,00
Avances :	0,00
Montant Réglé :	650,00
Reste dû :	0,00
Avoir :	0,00

TOTAL FACTURE : 650,00 Dhs

Arretée la présente facture de la part patient à la somme de :	six cent cinquante Dirhams	650,00 Dhs
---	----------------------------	------------

EDITEE LE : 17 avr. 2024 à 10:38

PAR : AIT NACEUR KHADIJA

