

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

203742

Déclaration de Maladie

M23- N° 0039789

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6810

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : GRUCHARA Redouane

Date de naissance : 1965

Adresse : la mutuelle

Tél. 06 78 38 33 09

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/04/2024

Nom et prénom du malade : GRUCHARA Redouane

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

diabète + coronaropathie

Affection longue durée ou chronique :

☐ ALD ☐ 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 :


Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

PR4FR05/V2/20-10-2023

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
26/04/2024	CS, ELG		800,00	 Docteur A. Dubois Carte d'Ordre 80, Rue de la République - Berre-les-Bains Tél.: 022.72.65.84 H.T. 8h00 à 15h00
	ELG, CAN, RADIOGRAPHIE			
	ICE 001830229000079			
	NP 061175584			

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

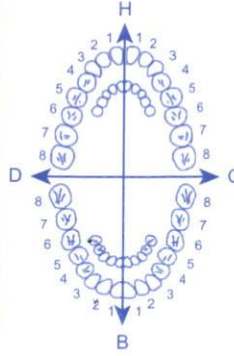
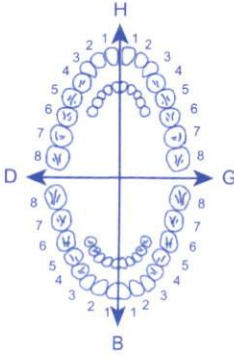
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

DR AYOUBI HASSAN

CARDIOLOGUE

80 RUE IBN ROCHD BERRECHID

TEL : 0522326584 26/04/2024

ICE 001830229000079
N°ID 061175584

MR GRUCHA REDOUANE

CONSULTATION DE CARDIOLOGIE+ECG

+ECHOCARDIOGRAPHIE

TOTAL 800.00DH

DR AYOUBI HASSAN
CARDIOLOGUE
80 Rue IBN ROCHD
Berrechid
HT : 7 heures 30 min à 14 h
Tél : 05 22 32 65 84

ECG

Dr AYOUBI Hassan

80.rue ibn rochd berchid - Tél :0522326584

NOM:GRUCHA REDOUANE

ID :291/24

Genre :Homme

Age :59

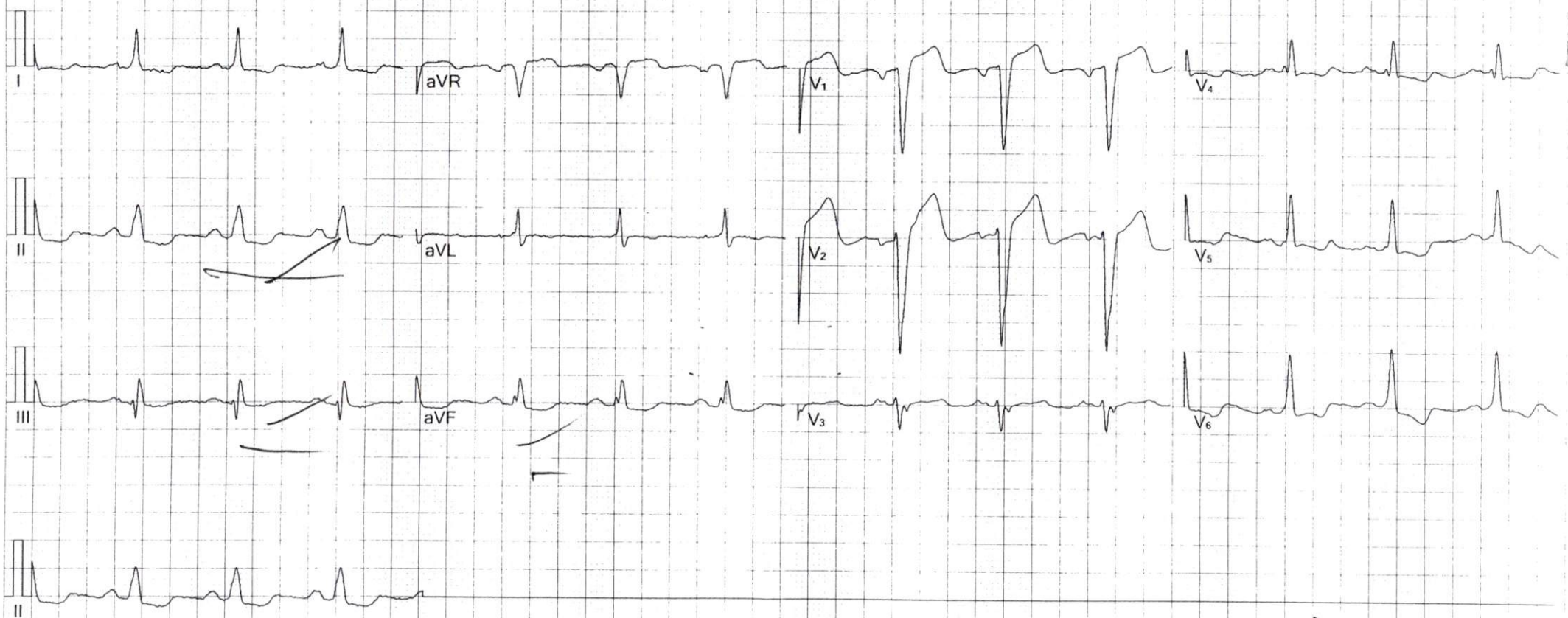
DDN :11-01-1965

Date Test :26-04-2024 10:40

Case #: Investigation #: Médecin Référent:Dr AYOUBI Hassan

10mm/mV 25mm/s

Filtre Principal:On Filtre ADS:On



Fréquence :	1000 Hz	Interval.QT :	429 ms
Durée ECG :	3 s	Interval.QTc :	498 ms
FC :	81 bpm	Axe P :	-169.5°
Durée P :	180 ms	Axe QRS :	42.4°
Durée QRS :	117 ms	Axe T :	-113.4°
Durée T :	282 ms	RV5/SV1:	0.90/1.46mV
Interval.PQ :	225 ms	RV5+SV1:	2.35mV

Suggestion :

TO en R et en postérieur
et en R et en postérieur
Abaissement de Vx R

DR AYOUBI HASSAN
CARDIOLOGUE
80 rue IBN ROCHD
Berchid
HT Tél: 05 22 32 65 84
Signature Médecin:

DR AYOUBI HASSAN
CARDIOLOGUE
80 RUE IBN ROCHD BERRECHID

CRD D ECHOCARDIOGRAPHIE

LE 26/04/2024

MR GRUCHA REDOUANE

LES VALVES MITRALES ET
LES SIGMOIDES AORTIQUES SONT
LEGEREMENT EPAISSIEES
AORTE DE TAILLE NORMALE
OG NON DILATEE
LE VG PRESENTE UNE HYPERTROPHIE
SEPTALE MODEREE AVEC DIMINUTION DE LA
CONTRACTILITE GLOBALE SURTOUT
POSTERIEUR
PAS DE CONTRASTE SPONTANE EN APICAL
CAVITES DROITES NON DILATEES
VCI NON DILATEE

AU DOPPLER

FE 54°/° GRADIENT AORTIQUE NORMALE
PRVG NON ELEVEES

AU TOTAL CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE
AVEC FONCTION VG RELATIVEMENT
CONSERVEE

DR AYOUBI HASSAN
CARDIOLOGUE
80 Rue IBN ROCHD
Berrechid
HT : 7 heures 30 min à 14
Tél : 06 22 32 05