

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Diagnostic 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.



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° P19- 046977

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1320 Société : 34180

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : NOSRAN Dalila

Date de naissance : 1952 / 23 Août

Adresse : Habituelle

Tél. : 0632474485 Total des frais engagés : 992,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/07/2020

Nom et prénom du malade : Mlle Meskhal Dalila Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : palpitations, AVCs d'épanchement péri-cardiaque

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 : 20/07/2020

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
20/07/2020	Echographie	1	18000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/07/2020	19210

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

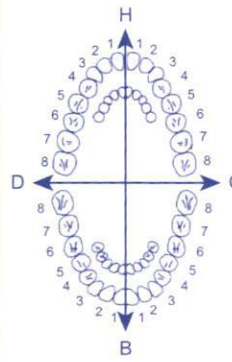
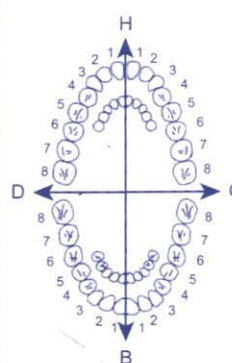
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
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. Safae ABDERAZZAK
CARDIOLOGUE

Ancienne interne des Hôpitaux de Paris
Hypertension artérielle - Echographie Doppler
Epreuve d'effort - Holter - Echocoeur de stress
Adultes et Enfants



الدكتورة صفاء عبد الرزاق
أخصائية في أمراض القلب و الشرايين

طبيبة سابقا بمستشفيات باريس
ارتفاع الضغط - الفحص بالصدى
تخطيط القلب أثناء الجهد - التسجيل المستمر للضغط
الكبار و الصغار

Ordonnance

Casablanca, le :

20/07/2020

M^{me} Masbah
Dalib

PHARMACIE LES JARDINS
DE L'OCEAN S.A. Au
Route d'Azemmour Km 15
Dar Bouazza - Casablanca
Tel : 05 22 29 08 79
RC : 399559 J.P. : 32960411



6 118001 100859

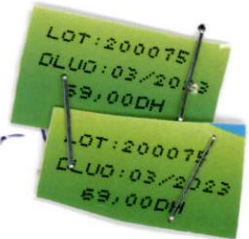
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 54,10 DH

7962160238

5410
Cardensiel 2,5mg: 1-0-0

60box 2

Kalmacer 1-0-0



T= 19210

Dr Safae ABDERAZZAK
CARDIOLOGUE
17 Rue Bachir El Alij 1er Etage n° 5
Tél: 0522 25 78 79

Dr. Safae ABDERAZZAK

CARDIOLOGUE

Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris

Hypertension artérielle - Echographie Doppler

Épreuve d'effort - Holter - Echocoeur de stress

Adultes et Enfants

Nom : **MOSBAH**

Prénom : **DALILA**

Date d'examen : **20/07/20**

COMPTE RENDU D ECHOCARDIOGRAPHIE

- VG non dilaté, non hypertrophié, de bonne contractilité globale et segmentaire, FEVG à 75% en 2D
- Profil mitral : anomalies de relaxation; PRVG normales ($E/e=8$)
- OG non dilatée libre d'échos (SOG à 15 cm²)
- Valves mitrales fines, fuite minime
- Valves aortiques au nombre de 3, pas de fuite ni sténose.
- IT minime estimant la PAPS à $24+5= 29$ mm Hg
- Cavités droites non dilatées, bonne fonction systolique du VD
- VCI non dilatée, compliant
- Péricarde sec

Au total :

- Bonne fonction systolique du VG, FEVG à 75% en 2D
- PRVG normales, pas d'HTAP

الدكتورة صفاء عبد الرزاق
أخصائية في أمراض القلب و الشرايين

طبيبة سابقا بمستشفيات باريس

ارتفاع الضغط - الفحص بالصدى

تخطيط القلب أثناء الجهد - التسجيل المستمر للضغط

الكبار و الصغار

Dr. Safae ABDERAZZAK
CARDIOLOGUE
Rue Bachir El Alj, 1er Etage n° 5
Tél : 0522 25 78 78
Dr. Safae ABDERAZZAK

Mosbah, Dalila

ID:

D-naiss

ans, Fem.

20-Jul-2020 16:14:23

Fréq. Card. 79 BPM

Int PR 130 ms

Dur. QRS 79 ms

QT/QTc 313/347 ms

Axes P-R-T 48 55 62

RENEW CHART

