

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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

Déclaration de Maladie

N° W19-481083

no 1 = 24805

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *1380* Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : *EL KHAIER Abdelwahed*

Date de naissance :

Adresse : *55 INARA 1 Mohammed VI*

Tél. : *0661228781* Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : *19 08/2020*

Nom et prénom du malade : *EL KHAIER ABDELWAHEB* Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : *Palpitations*

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 : *Mohammadia* Le : *28 10 2020*

Signature de l'adhérent(e) : *EL KHAIER*

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
13/02/12	LEHA Caden		700,00	INP 091105319

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 Particien	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 de l'ODF.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B			
	[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



Cabinet de Consultation Et D'exploration Cardiovasculaire Elalia

Dr Soumia MHANNA

Spécialiste en pathologie cardiovasculaire
Echocardiographie doppler
Holter tensionnel et rythmique
Epreuve d'effort
Diplômée en Echocardiographie
de l'université Bordeaux 2
Ancienne interne au CHU de Bicêtre Paris

الدكتورة سومية مهنة

أخصائية في أمراض القلب والشرابين
الفحص بالصدى والتخطيط الكهربائي
التسجيل المستمر للضغط الدموي وتخطيط القلب
تخطيط القلب أثناء الجهد
حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى من جامعة
بورجو 2
طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

MOHAMMEDIA

El khaier abdelwahed
MOHAMMEDIA Maroc

Note d'honoraire

Fait le : 19/02/2020

Désignation	Montant
Contrôle	0,00
Echo Doppler Cardiaque	700,00
TOTAL	700,00

Arrêtée la présente honoraire à la somme de : Somme arrêtée à : sept cents dirhams

ICE : 001560418000082 PATENTE N°: 39350695

Cabinet de cardiologie Dr Soumia Mhanna

GE Healthcare Hospital
Ultrasound Laboratory

Name EL KHAIER ABDELWAHED

Date 19/02/2020

Birthdate

Patient Id 236-2020

2D

OG Surf

16.4 cm²

M-Mode

SIVd	0.8 cm
VGd	4.9 cm
PPVGd	0.9 cm
SIVs	1.5 cm
VGs	2.5 cm
PPVGs	1.3 cm
Vol.Téléd(Teich)	114 ml
Vol.Télés.(Teich)	23 ml
FE(Teich)	79 %
FR%	48 %
Vol.Eject.(teich)	90 ml
Mas. VGd	168.73 g
Mas.VG.syst.	124.64 g
Mas. VGd(ASE)	146.47 g
Mas.VG.syst. (ASE)	111.20 g
Ao Diam	2.5 cm
OG Diam	3.9 cm
OG/Ao	1.56

Doppler

VM E Vit	0.73 m/s
VM T.déc	202 ms
VM Pente Dec	3.6 m/s ²
VM A Vit	0.83 m/s
VM E/A Ratio	0.88
E'	0.09 m/s
E/E'	7.82
IT Vmax	1.98 m/s
IT GDmax	15.73 mmHg

CONCLUSION:

- VG non dilate non hypertrophie de Bonne fonction systolique
- pas de tr de cinétique segmentaire
- Pressions de remplissage normales
- Pas de valvulopathies significatives
- VD non dilate de bonne fct longitudinale
- Pas d HTAP
- aorte abd et initiale de taille normale
- OG non dilate a 16cm²

Dr SOUMIA MHANNA
CARDIOLOGUE
Consultation et Exploration
CARDIOVASCULAIRE
Bd. Palestine Mouk El Lil Lot Redouane Bte 30
Tél: 05 22 55 39 39

Print Date: 19/02/2020

Images report: 6 images

GE Healthcare Hospital
Ultrasound Laboratory

Name EL KHAIER ABDELWAHED
Patient Id 236-2020

Date 19/02/2020
Sonographer Default user
Diagnosis Dr.

Image 1

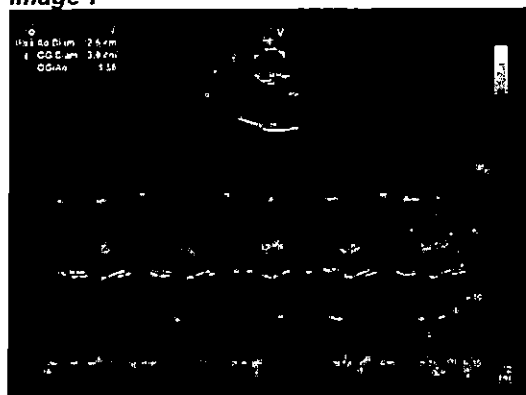


Image 2

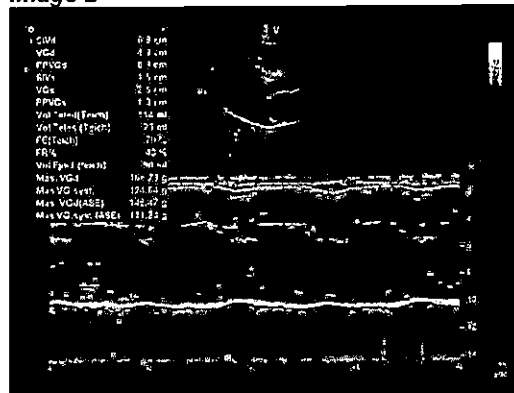


Image 3

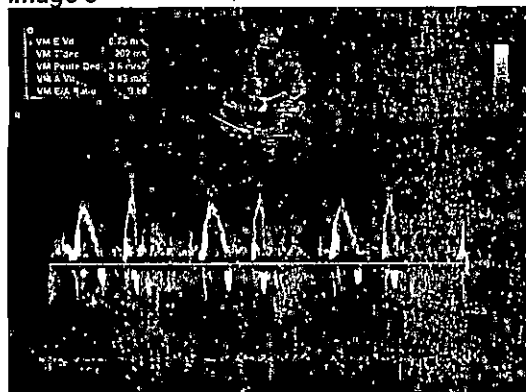


Image 4

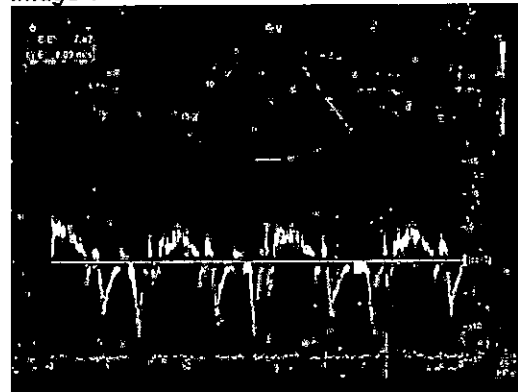


Image 5

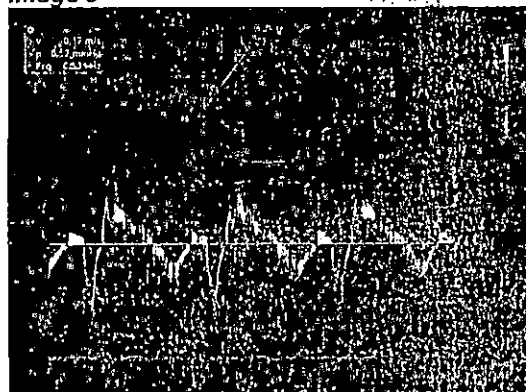
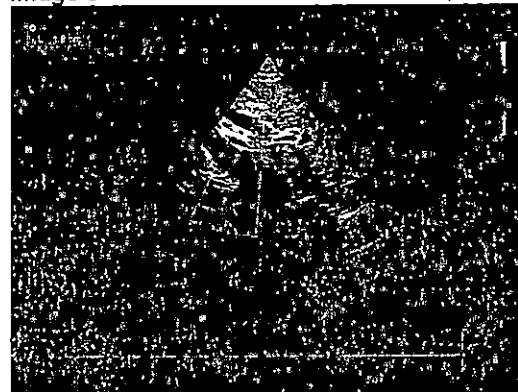


Image 6



Print Date: 19/02/2020