

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.



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° W19-520780

55 237

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1980 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SINNAS KHADIJA
 Date de naissance : 01-01-1944
 Adresse : 68 rue Jean Jaurès quartier GANTHA
 Tél. : 06 01 08 44 33 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

ACCUEIL

Dr. Hassane MIR
Cardiologue
86, Anta 79 Rue Jaber B. Hayane
Tél : 05 22 22 21 24 / 58 - Casablanca
09 11 15 20 9

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : Sinnas Khadija Age : 76
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HTA
 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 : 08/19/20

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

| 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 |
| 7.6. DEC. 2020 18.01.2021 | Examen Cardiologie | 1,000 | | Dr. Hassane Miki Cardiologue Anfa 79 Rue Labor B. Hayane Té : 05.22.22.21.58 - Casablanca 091113239 |

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

Christopher
Cassidy

Dr. Hassane M'R
INP: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
Cardiologue
06: Anfa 79 Rue Abder B. Hayane
Tél: 05.22.22.21.34 / 58 - Casablanca
09.10.13.209

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| | 16/12/20 | 23,00 |

Montant de la Facture

| | | |
|----|----|----|
| 16 | 12 | 20 |
|----|----|----|

2308

INPE 092.017.201

[illegible]Montant
des Honoraires[illegible]Montant détaillé
des Honoraires

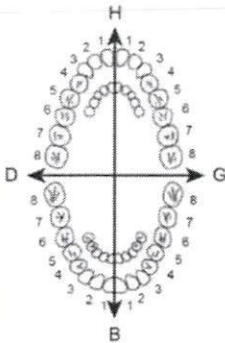
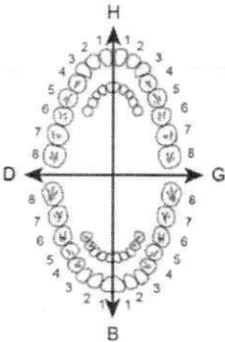
IV

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"/> | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>28533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> | | | H | | 28533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 28533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | 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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP:

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| | H | |
| | 25533412 | 21433552 |
| | 00000000 | 00000000 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| | 35533411 | 11433553 |
| | B | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur MIR HASSANE

Maladies du Coeur et des vaisseaux CARDIOLOGUE

Diplômé des Universités de Paris V et VI
Diplômé d'échodoppler cardiaque (Paris VI)

Casablanca, le : 16/12/2020

Mme. SINNAS Khadija

238
TEMESTA 1 mg : 1 comp. le soir au besoin



صيدلية كاميليا
PHARMACIE CAMELIA
Mme. LEMSEFFER MENJRA Mounia
29, Rue Hassan Souktani
Tél: 0522 27 17 07 - Casablanca

238
Dr. Hassane MIR
Cardiologue Hayana
Bd. Anfa 79 Rue Jaber Ben Hayane
Tél: 05 22 22 21 34 / 56 - Casablanca
Tél: 09 11 13 20 9

LOT : 19E002
PER: 11/2021
TEMESTA 1MG
CP SEC 850
P.P.V : 23DH00



Adresse : N° 79 rue Jaber Ben Hayane, Bd ANFA
(en face de la commune Sidi Beyout), CP 2020, Casablanca

Bur : 0522222134 -0520070709 Bur mobile : 0664514961 Urgences : 0661 13 83 31
ICE : 00168117200008 INP : 091113209 - Email : hassanemir@gmail.com

Cabinet de Cardiologie

Docteur Hassane MIR

79, rue Jaber Ben Hayane 20020 Casablanca

Tél : 05 22 22 21 34 / 58

INP : 091113209

NOTE D'HONORAIRES DU 16/12/2020

Nom du patient : *SINASS Khadija*

Actes : *écho doppler cardiogico*

Somme : *1000,00 dts*
(mille dts)

Dr. Hassane MIR
Cardiologue
Bd. Anfa 79 Rue Jaber B. Hayane
Tél : 05.22.22.21.34 / 58 - Casablanca
INP : 091113209

ECHO-DOPPLER CARDIAQUE

NOM : SINNAS Khadija

Age : 76 ans

Motif : HTA, DE

Echogénicité : bonne

Date : 16/12/2020

Taille : cm

Poids : Kg

SC : m²

MESURES :

| | | | | | |
|-------|----|---------------|---------|----|-----|
| Aorte | 26 | mm (sinus) | Septum | 9 | mm |
| OG | 39 | mm (TM) | P. post | 8 | mm |
| VG d | 52 | mm (TM) | VD | 12 | mm |
| VG s | 34 | mm (TM) | FC | 65 | bpm |
| FEVG | 63 | % Teicholtz | | | |
| | 65 | % Simpson a4c | | | |

COMMENTAIRES :

Aorte initiale non dilatée, à valves légèrement épaissies, s'ouvrant normalement en systole. Pas d'insuffisance aortique.

Oreillette gauche non dilatée.

Valves mitrales fines.

Insuffisance mitrale minime télésystolique.

Flux mitral E/A = 0,84. E/E' septal = 11. E' septale = 11 cm/s

Ventricule gauche non dilaté, non hypertrophié, de cinétique normale.

Cavités droites non dilatées.

Valves tricuspides fines.

Insuffisance tricuspide minime. PAPS 20 + 5 = 25 mmHg.

Pas de thrombus intracavitaire.

Pas d'épanchement péricardique.

CONCLUSION :

IM minime.

Fonction systolique VG normale.

Pressions de remplissage VG normales.

PAPS normale.

