

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.

Biologie 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

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

Déclaration de Maladie

N° P19- 045638

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 8902

Société : 57189

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ELKAT MOUR MOHAMMED

Date de naissance : 25/04/1967

Adresse :

Tél. : 066998244

Total des frais engagés : 80900

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-045638

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 8902

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés : 80900

Date de dépôt :

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

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
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE RABAT ZAERS

MEDICO - CHIRURGICALE
AVENUE MOHAMED VI-RABAT
Tél: 05 37 65 65 65 /Fax: 05 37 65 65 75

F A C T U R E

N° 4 061 / 2020 du 27/11/2020

Nom patient	EL KATMOUR MOHAMMED	Entrée 27/11/2020	Sortie 27/11/2020
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
EPREUVE D'EFFORT	1,00	EE	800,00	800,00
			Sous-Total	800,00
Total Frais Clinique				800,00

	Total général 800,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : HUIT CENTS DIRHAMS	

Encaissements			Carte Bq 800,00		Total encaissé 800,00	Solde 0,00
---------------	--	--	--------------------	--	--------------------------	---------------



CENTRE CARDIOLOGIE



EPREUVE D'EFFORT SUR TAPIS ROULANT RABAT ZAERS

INFORMATIONS PATIENT

Nom : EL KATMOUR Mohammed , age : 53 ans FMT : 167
Date de l'Examen : 27/11//2020
Médecin traitant : DR J AGOUMY
/
Raison de l'examen : cumul de FRCV : HTA et tabac

	FC	TA	SYMPTOMES	ECG
REPOS	70	110/60	0	BBD
STADE I	100	120/60	Non	RAS
STADE II	120	125/70	Non	RAS
STADE III	140	140/85	0	RAS
STADE IV	160	150/90	0	RAS
Récupération 1	108	160/80	RAS	RAS
Récupération 2	105	150/70	RAS	RAS

Cause de l'arrêt de l'épreuve : épuisement

CONCLUSION :

- . Epreuve d'effort maximale (97 % FMT) **NEGATIVE** sur le plan clinique et électrique
- Chiffres tensionnels normaux à l'effort
- Absence de troubles du rythme

Dr Jamal AGOUMY

Docteur Jamal AGOUMY
CARDIOLOGUE
Rég. Méd. : 70 34 72 - Ue 63 13 05 07
Tél : 05 37 70 34 72 - Rabat
INP : 101003275

ABP Report
Altgasse 68 6341 Baar Switzerland

Nom du patient : MOHAMMED EL KATMOUR

Enregistrement Date : 23/11/2020

No. du patient:

ID Cas:

Données du patient

Nom du patient	EL KATMOUR MOHAMMED		Région	:
No. du patient :			Age	: 53 ans
Date de naiss. :	24/07/1967	Adresse	:	Poids : -
Sexe	: homme		:	Taille : -
Stimulateur cardiaque			:	IMC : -
Ethnie	:	Telephone	:	Appareil : 290.0010729

Historique

Date	Emplacement	SYS [mmHg]	DIA [mmHg]
-	-	-	-

Raison du test

Médicaments actuels

Interprétation du médecin

4/11/20 *Normal*
Dr. P. Muster
Dr. Abdelhadi BENABDESSEM
Spécialiste en Cardiologie
7 rue AL GAZAL N° 4 - Agdal - Rabat
Tel: 05 37 77 55 33 - Fax: 05 37 77 77 45
Interprété par : Dr. P. Muster
Signature :

OREILLETTE GAUCHE :

- Diamètre antéro-postérieur = 42 mm.
- Pas de thrombus visible en intra-auriculaire.

VENTRICULE GAUCHE :

- Diamètre TD = 52 mm.
- Diamètre TS = 34 mm.
- * Septum inter ventriculaire = 10.5 mm.
- * Paroi inférieure = 10 mm.

CONTRACTILITE DU VG

- % raccourcissement : 37 %.
- Fraction d'éjection : 75 %.
- Débit cardiaque est normal.
- Pas de trouble de la contractilité segmentaire et globale.
- Bonne fonction systolique.

LES CAVITES DROITES :

- Sont normales.
- TAPSE = 26 mm.

PERICARDE : - Normal.

CONCLUSION

- Les structures valvulaires mitro-aortiques sont normales de bonne cinétique et de bonne mobilité.
- Le ventricule gauche de bonne dimension et de bonne contractilité segmentaire et globale.
- Bonne fonction systolique.
- Les cavités droites sont normales.
- Doppler : * E/A > 1.
- Pas d'élévation des pressions de remplissage.
- Pas d'insuffisance mitrale.
- pas d'insuffisance tricuspидienne.

Dr. Abdeljalil BENABDESLAM
Spécialiste en Cardiologie
7 Rue AL Ghazal - Apt. N° 6 - Agdal - Rabat
Tél. : 05 37 77 77 45

Compte-rendu Echo cardiographique

NOM : EL KATMOUR

Médecin demandeur : Dr. BENABDESLAM.

Prénom : MOHAMMED

Médecin opérateur : Dr. BENABDESLAM.

Sexe : MASCULIN

Date d'examen : 23/11/2020

AORTE

Diamètre : - Diamètre de l'aorte sus sigmoïdienne = 28 mm.

- Diamètre de l'aorte thoracique = 32 mm.

- Les sigmoïdes aortiques sont normales de bonne cinétique et de bonne mobilité.

Doppler : - Flux aortique est normal.

- pas de gradient de pression Aorto-ventriculaire.

MITRALE

- Structure : - Normale.

- Surface : - Normale.

- Doppler : - E/A > 1.

- TDE = 199 ms

- Onde E = 0.75 m/s

- Onde A = 0.87 m/s.

- EM / EA < 8.

- Pas d'insuffisance mitrale.

- Pas d'élévation des pressions de remplissage.

TRICUSPIDE : - Pas d'insuffisance tricuspидienne.

PULMONAIRE : - Normale.