

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.

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.

Educational :

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.

Maladie :

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.



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 048827

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00512 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre : Retraité

Nom & Prénom : EL MOUMI Moulay Abdesslam

Date de naissance : 01.01.45

Adresse : Hay El Hana Rue 32 N°32 Casablanca

Tél. 06 19 44 96 32 Total des frais engagés : 96,49 € Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Bernard ASSOUN

03 - Cardiologie

Clinique Pasteur - BP 27617

45 Avenue de Lombez

31076 TOULOUSE Cedex 3

N° AM 31 1 70228 6

RRRS-10002871217

Date de consultation : 09 / 11 / 2020

Nom et prénom du malade : EL MOUMI Moulay Abdesslam Age : 75ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA + FA

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 : Toulouse

Le : 09/11/2020

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
21/12/00	DZ 00006		86,49	Docteur Bernard AS 03 - CARDIOLOGIE S.C.P. CLINIQUE PASTEL 45, avenue de Lombes 31076 TOULOUSE Cedex 31 1 70228 6 / 0 1

Docteur Bernard ASSOUN
03 - CARDIOLOGIE
S.C.P. CLINIQUE PASTEUR
45, avenue de Lombez
31076 TOULOUSE Cedex
31 1 70228 6 / 0 1 23 1

[illegible][illegible]

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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX		
					MONTANTS DES SOINS	
					DEBUT D'EXECUTION	
				FIN D'EXECUTION		

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

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 l'OC

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	DATE DU DEVIS	<input type="text"/>

N° 12541*02

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale
Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

date J J M M A A A A

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT LES SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom **M^r EL NOU MI Roumay ASdeslan**
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))
numéro d'immatriculation

date de naissance J J M M A A A A

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le médecin)

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))
numéro d'immatriculation

ADRESSE DE L'ASSURE(E)

IDENTIFICATION DU MEDECIN

DOCTEUR ASSOUN BERNARD

03 Pathologie Cardio-Vasculaire

Conventionné sans Dépassement Permanent

45 AVENUE DE LOMBEZ
CLINIQUE PASTEUR6
31300 TOULOUSE

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

=> 31 1 70228 6 00 1 23 1 03 n°AM

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS

MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1
(cf. la notice au verso : § précédé de "**"
et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers :

non

oui

date

J J M M A A A A

MATERNITE

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

J J M M A A A A

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case

si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous

nom et prénom du médecin :

(s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)

accès direct spécifique

urgence

hors résidence habituelle

médecin traitant remplacé

accès hors coordination

ACTES EFFECTUES

(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : J J M M A A A A)

dates des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés ①	dépass.	frais de déplacement		
							I.D. ②	L.K.	
							M.D.	nbre	montant ③
09/11/2020	DZQ1006				96,49				
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3)

96,49

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du médecin
ayant effectué
l'acte ou les actessignature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

quelques conseils pour remplir votre feuille de soins

Le bon remplissage de votre feuille de soins est la garantie de votre remboursement par l'assurance maladie.

La première information à donner concerne **la personne recevant les soins et l'assuré(e)** :

- **Si vous ne payez pas votre médecin**, celui-ci remplit l'ensemble de cette rubrique, sur présentation de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne, y compris le code de l'organisme de rattachement.
 - **Si vous payez votre médecin**, celui-ci indique uniquement vos nom et prénom, selon vos indications, ou en reprenant les informations contenues dans votre carte Vitale ou sur l'attestation papier qui l'accompagne.
- Les autres lignes de cette rubrique sont à compléter par vous même (le code de l'organisme de rattachement ne doit pas être indiqué dans ce cas) :

- si vous êtes la **personne recevant les soins** et aussi l'**assuré(e)**, inscrivez seulement :
 - votre **numéro d'immatriculation** (il est indiqué sur votre carte Vitale et sur l'attestation papier qui l'accompagne),
- si vous êtes la **personne recevant les soins** mais pas l'**assuré(e)**, écrivez :
 - votre **numéro d'immatriculation**,
 - ou (si celui-ci ne vous a pas été communiqué),
 - votre **date de naissance**,
 - le **nom et le prénom de l'assuré(e) auquel (à laquelle) vous êtes rattaché(e)** et son **numéro d'immatriculation**,
- complétez enfin cette rubrique en indiquant l'adresse de l'assuré(e).

Toutes les autres rubriques de la feuille de soins sont à remplir par votre médecin, y compris le numéro de facture qui est une zone facultative destinée à son usage.

- Si l'acte qu'il effectue est en rapport avec l'affection de longue durée (ALD), il doit le préciser dans la case prévue à cet effet.
- Si vos soins sont dispensés au titre de l'article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, il doit le préciser dans la case prévue à cet effet.

Si vos soins sont liés à un accident causé par une personne autre que vous-même, précisez-le lui ainsi que la date de cet accident. Ces renseignements, recueillis sous votre responsabilité, doivent **obligatoirement** figurer sur la feuille de soins car ils permettent à l'assurance maladie de récupérer les frais relatifs à votre accident auprès de l'assureur de la personne ayant causé cet accident.

Si vos soins sont liés à un accident du travail, ou à une maladie professionnelle, présentez à votre médecin la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle qui vous a été remise par votre employeur ou par votre organisme d'assurance maladie.

Si le médecin qui remplit la feuille de soins est votre nouveau médecin traitant, il doit cocher la case prévue à cet effet. Dans ce cas, n'oubliez pas d'envoyer à votre caisse d'assurance maladie la nouvelle déclaration de choix du médecin traitant.

- Si le médecin qui remplit la feuille de soins n'est pas le médecin traitant que vous avez déclaré, il doit indiquer si l'acte est réalisé à la demande de celui-ci. Dans ce cas, il reporte sur la feuille de soins le nom et le prénom de votre médecin traitant. Si votre état de santé nécessite l'intervention de plusieurs médecins, ces informations doivent également être reportées sur la feuille de soins par ces médecins.

Dans la négative, le médecin doit cocher l'une des cases permettant de préciser si les soins sont réalisés :

- par un médecin exerçant une spécialité à accès direct (gynécologie, ophtalmologie, psychiatrie) ou par un médecin exerçant dans une consultation hospitalière de tabacologie, d'alcoologie ou de lutte contre les toxicomanies (art. D 162-1-6, 6° du Code de la sécurité sociale),
- en urgence,
- hors de votre résidence habituelle (par exemple lorsque vous êtes en congé),
- par un médecin remplaçant votre médecin traitant en son absence,
- en accès libre non coordonné, c'est-à-dire lorsque vous consultez directement un médecin qui n'est pas votre médecin traitant

Recommandations importantes :

Prévenez votre organisme d'assurance maladie à l'occasion d'un **changement intervenant dans votre situation**, comme, par exemple, en cas de :

- **changement de compte** bancaire, postal ou de caisse d'épargne : envoyez-lui votre nouveau relevé d'identité de compte,
- **changement d'organisme** d'assurance maladie : prenez contact avec votre nouvel organisme d'assurance maladie pour le transfert de votre dossier afin de ne pas retarder le remboursement de vos soins et prestations. Votre ancien organisme d'assurance maladie peut vous aider dans cette démarche.

- **Si le médecin a coché la case "SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1", la feuille de soins doit être adressée à l'organisme gestionnaire mentionné sur votre attestation de pensionné(e).**

N'oubliez pas de signer votre feuille de soins.

Toulouse le 09/11/2020

M. EL MOUMI (née EL MOUMI) Moulay Abdeslam - Né(e) le 01/01/1945 - IPP 378506

copie à Docteur CASSAIGNE Pierre ()

M. EL MOUMI Moulay Abdeslam (81600 GAILLAC)

Pr EL MAKHLOUF
5 Rue Mohammed Abdou
CASABLANCA

CONSULTATIONS
PORTE 17

1er étage

Dr N. ROBINET

Dr B. ASSOUN

Dr B. DONGAY

Dr B. MONTEIL

Dr D. TCHETCHE

Tél : 33 (0)5 62 21 16 26

Fax : 33 (0)5 62 21 16 63

smmro@clinique-pasteur.com

2ème étage

Dr J. FAJADET

Dr C. JORDAN

Dr B. FARAH

Dr I. MARCO-BAERTICH

Dr L. BONFILS

Dr O. FONDARD

Dr A. SAUGUET

Dr N. BIZARD

Dr B. HONTON

Dr R. CASSAGNEAU

Dr N. DUMONTEIL

Dr N. PROUTEAU

Dr L. LEPAGE

Dr R. PHILIPPART

Dr M. AUDOUBERT

Tél : 33 (0)5 62 21 16 99

Fax : 33 (0)5 62 21 16 37

smuci@clinique-pasteur.com

Bâtiment LE MOULIN
PORTE 6

1er étage

Dr P. LEGER

Pr A. PATHAK

Dr C. DORNIER CASSAGNEAU

Tél : 33 (0)5 62 21 16 99

Fax : 33 (0)5 62 21 21 17

smuci@clinique-pasteur.com

Cher Confrère,

Vous trouverez ci-joint le compte-rendu d'échocardiographie pratiquée chez **Monsieur EL MOUMI Moulay Abdeslam né le 01/01/1945.**

Il est toujours en fibrillation auriculaire.

L'échocardiographie ce jour retrouve une fraction d'éjection ventriculaire gauche conservée à 60% sans anomalie segmentaire (diamètre télédiastolique à 54 mm, septum 12 mm, paroi postérieure 8 mm). Oreillette gauche dilatée à 44 mm, 23 cm² libres. Discret remaniement valvulaire aortique avec fuite minime. Fuite mitrale minime. Aorte initiale 32 mm. Cavités droites non dilatées avec fuite tricuspide minime estimant la pression pulmonaire systolique 40 à 45 mmHg. absence d'épanchement péricardique

Bilan biologique : Probable BNP 785 ng/l. Créatinémie 69 µmol/l. Kaliémie 4.5. TSH 1.14 µU/ml.

Cette récurrence de fibrillation auriculaire est récente. Il n'y a pas de manifestation clinique significative mais les pressions pulmonaires sont légèrement augmentées avec majoration de la BNP.

Dans ces conditions nous allons prendre l'avis rythmologie du Docteur CASSAGNEAU pour discuter d'une éventuelle ablation par radiofréquence de sa fibrillation auriculaire.

Je ne modifie pas son traitement.

Je vous remercie de votre confiance et vous prie de croire à l'expression de mes sentiments les plus cordiaux.

Dr B. ASSOUN