

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- 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



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

Déclaration de Maladie

M22- 0018243

125628

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0320

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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) :

3

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- | | |
|--|---|
| CS = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien | SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence |
| CNPSY = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre) | SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme |
| V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin | AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute |
| VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin | AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière |
| VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade | AP = Actes pratiqués par un orthophoniste |
| VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié | AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste |
| PC = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie | R-Z = Electro - Radiologie |
| K = Actes de chirurgie et de spécialistes | B = Analyses |

POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- | | |
|---|-----------------------------------|
| - L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE | - LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES |
| - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL | - L'ORTHOPEDIE |
| - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU | - LA REEDUCATION |
| - PREVENTORIUM | |
| - SEJOUR EN MAISON DE REPOS | - LES ACCOUCHEMENTS |
| - LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit | - LES CURES THERMALES |
| - d'actes répétés en plusieurs séances ou actes | - LA CIRCONCISION |
| - globaux comportant un ou plusieurs échelons | - LE TRANSPORT EN AMBULANCE |
| - dans le temps. | |

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Assurances Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 904939

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : **TAICH UENC NAKLA Nina**
Matricule : **00320** Fonction : Poste :
Adresse :
Tél. : Signature Adhérent : **[Signature]**

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : **MAKLA Mima** Age **01** / **01** / **1946**
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☒ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : **04/08/2022**
Nature de la maladie : **Remplacement Valvulaire**
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances **fontécues**

A **Casa** le **04/08/22**
Durée d'utilisation 3 mois
Signature et cachet du médecin
Dr. RAGAGUI Driss MBES, FRCGS, Ch. M.
Chirurgie Cardio Vasaire et Interventionnelle
780, Impasse Madboukita - Casablanca
INP : 091119085
Tél : 06 22 83 00 83 / 05 22 85 00 11

VOLET ADHERENT

DECLARATION

Matricule N° : **904939**
Nom du patient :
Date de dépôt :
Montant engagé
Nombre de pièces jointes :



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
04/08/2020		Canj		Dr. RAGAGUI Dissa MBBS, FRCS, Ch. i. Chirurgie Cardio-Vasculaire et Interventionnelle Moroccan Heart Institute 180, Impasse Modibokila - Casablanca Tél: 05 22 85 00 83 / 05 22 85 00 19

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
	05/08/20	1.00	
	05/08/20	25.00	

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates 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.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
				MONTANT 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																					
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td></td> </tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																					
	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																				
	B																					
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT 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

04/08/2022.

Mme. **RAHMA** Mait.

A Couscous

A Angio - Scanner

Thon et poisson

CASA, Le 05/08/2022

*Je soussigné, Dr. D. A. RAGRAGUI, certifie que MME
MAHLA MINA est porteuse d'une maladie valvulaire,
nécessitant une intervention d'un remplacement valvulaire
aortique.*

Dr D. A. RAGRAGUI.

Dr. RAGRAGUI Driss MBBS, FRCS, Ch M.
Chirurgie Cardio-Vasculaire et Interventionnelle
Moroccan Heart Institute
780, Impasse Modibokita - Casablanca
INP : 091119685
Tél : 05 22 83 00 83 / 05 22 85 00 11

LE 08/08/2022

TAICHE MINA

ANGIOTDM DE L'AORTE THORACIQUE

TECHNIQUE:

Hélice volumique après bolus iodé.

Reconstructions MPR, MIP et VR.

RESULTATS:

– Aorte thoracique de calibre normal au niveau de ces différentes portions, les données biométriques montrent :

-Anneau : 24,8 x 22,3 mm. Valve tricuspide avec calcifications valvulaires modérées.

-Sinus : 28,7 x 32 mm

-Jonction sino tubaire : 22, fois 22,6 mm

- Aorte ascendante : 23,5 x 23,5 mm

- Crosse : 23, 84,2 mm

- Aorte descendante : 20,6 x 21,9 mm

– Absence d'anomalie pariétale significative de l'aorte thoracique ni des troncs supra-aortiques qui sont perméables de calibre normal. On retrouve cependant quelques petites plaques plus ou moins calcifiées

Absence d'anomalie médiastinale.

Sur les quelques images pulmonaires on retrouve de multiples lésions micronodulaires avec des plages de condensation alvéolaire des bases : Bronchopneumopathie ?

Pr KACIMI OMAR
Radiologue

COROSCANER

05/08/2022.

Mme. TAICHE MINA.

TECHNIQUE:

- Appareil scanner: Aquilion One 320.
- Acquisition synchronisée à l'ECG en mode rétrospectif.
- Reconstruction : 2D(MPR)-3D(VR-MIP)-Reconstruction curviligne.

RESULTATS:

1-L'aorte est de taille normale et la valve comporte trois cusps calcifiés, d'où naissent les artères coronaires en position normale.

2-Réseau coronaire gauche:

- Tronc commun: non athéromateux, non calcifié, de calibre régulier. Absence de sténose significative.
- Artère inter-ventriculaire antérieure: infiltré, avec une plaque mixte segment II, réalisant une sténose modérée, la distalité est satisfaisante.
- Artère circonflexe: La Cx est peu développée, légèrement infiltrée, sans sténose significative détectable sur ses 3 segments et marginale analysable.

3-Réseau coronaire droit: de type dominant:

- La CD est non athéromateuse, non calcifiée, libre de sténose sur ses trois premiers segments.

CONCLUSION :

- Réseau coronaire légèrement infiltré, non calcifié.
- Sténose modérée sur plaque mixte IVA moyenne.



Dr. RAGRAGUI Driss MBBS, FRCS, Ch M
Chirurgie Cardio-Vasculaire et Interventionnelle
Moroccan Heart Institute
780, Impasse Modibo KEITA - Casablanca
INP : 091119685
Tél : 05 22 83 00 83 / 05 22 85 00 11

CASA LE 05/08/2022

FACTURE N°117/2022

NOM TAICHE
PRENOM MINA
DATE 05/08/2022
ORGANISME MUPRAS/PAYANT

LIBELLE	Qté	Prix Unitaire	Montant
COROSCANER	1	4000,00	4 000,00
ANGIO SCANNER THORACIQUE	1	3500,00	3 500,00
		<u>TOTAL</u>	7 500,00
TOTAL			7 500,00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE:
SEPT MILLE CINQ CENT DIRHAMS



MOROCCAN HEART INSTITUTE
780, Impasse Modibo Keita
Tél.: 0522 83 00 83 / 0522 85 00 43
Fax : 05 22 98 96 96 - Pat : 34753457

Moroccan Heart Institute 780, Impasse MODIBO KEITA - Casablanca 20520

Tél.: 05 22 85 00 11 / 12 / 13 - Fax : 05 22 83 85 00 - ICE : 001859090000033 - Patente : 34753457 - I.F : 14421718 - CNSS : 9697866