

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.



Déclaration de Maladie

M22-0028419

127603

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5009

Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : REGRAGUI RACHID

Date de naissance : 24.06.1961

Adresse : 2M 18 APT 5 Wafa 3 Oulfa CASABLANCA

Tél : 0600170246

Total des frais engagés : 1276,20

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/04/2022

Nom et prénom du malade : Regragui Rachid

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

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 ou l'affection est de 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 : CASABLANCA

Le : 14/07/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES					
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet de l'Agence du Médecin attestant la prestation des actes	
Blo4/2022	G + Elg	3			
Blo4/2022	E Ordein	7			

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>صيدلية حي الوثام</p> <p>PHARMACIEN EL WIAM</p> <p>252 BD OUED SEBOU OULFA</p> <p>CASABLANCA Tél: 05 22 88 11 11</p>	14/07/2022	276,20

[illegible]

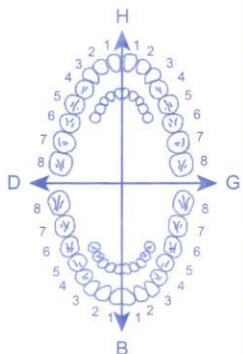
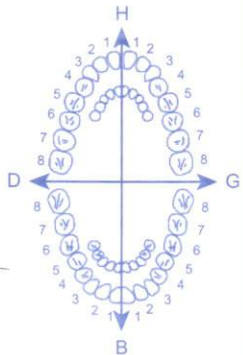
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

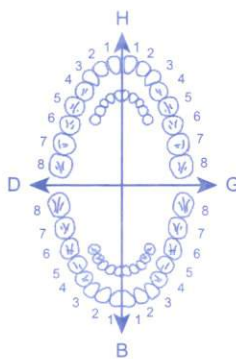
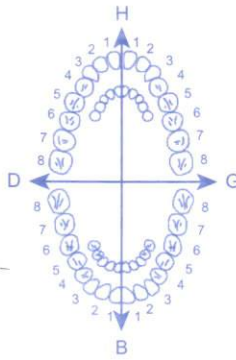
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DEBUT D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">FIN D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>
OD.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 <hr style="width: 100%;"/> D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DATE DU DEVIS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DATE DE L'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

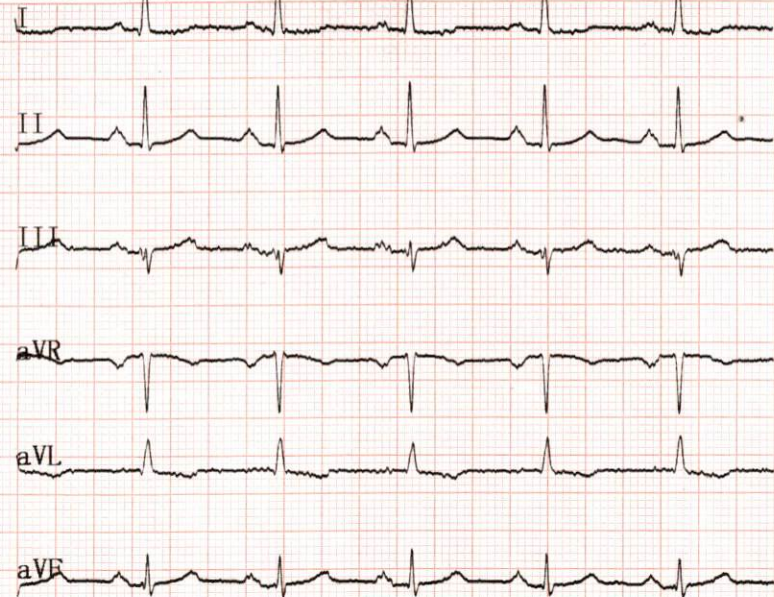
VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

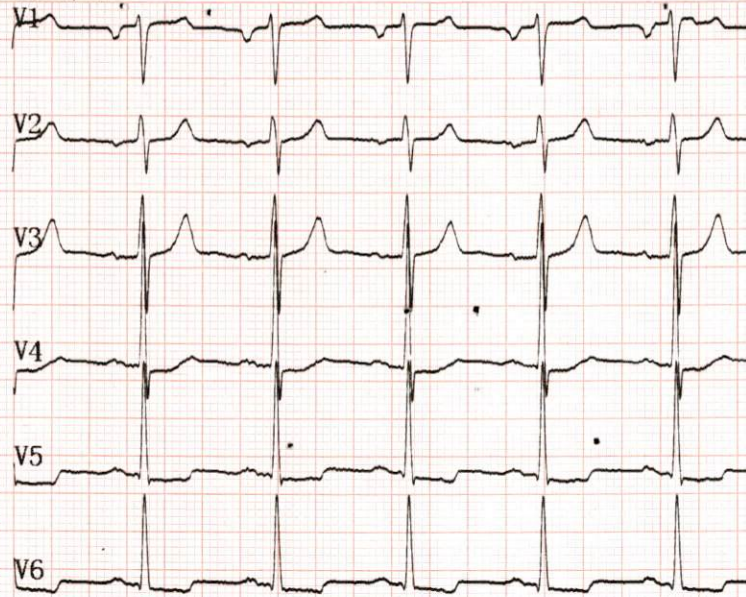
SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient			
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>	
						MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
						DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
						FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE					
	<div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D-----G</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div></div>				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"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

AUTO 10mm/mV



10mm/mV



cabinet dr najih hayat

2022-07-13 19:23

ID:regragui

Nom: _____ Sexe: _____ Age: _____
Taille: _____ cm Poids: _____ kg SYS/DIA: _____ / _____ mmHg

FC [bpm]: 85
Intervalle PR [ms]: 175
Durée P [ms]: 122
Durée QRS [ms]: 77
Durée T [ms]: 175
QT/QTc [ms]: 337/401
Axe P/QRS/T [deg]: 58.3/12.7/86.6
R(V5)/S(V1) [mV]: 1.37/0.72
R(V5)+S(V1) [mV]: 2.08

<<Conclusions>>

Ryth. sinusoidal norm.;
Dévia. ax. gche légère;
Décalage ST, isch. myocardique apicale légère;
Décalage ST, isch. myocardique antérolatérale légère possible;
I aVL V4 V5 V6 Onde T anormale;

****Le rapport doit être confirmé par un médecin****

Médecin _____

II 10mm/mV





25mm/s AC50Hz+EMG35Hz+DFT

CABINET DE CARDIOLOGIE DR NAJIH HAYAT

FACTURE

NOM : REGRAGUI

PRENOM : RACHID

<u>DATE</u>	<u>ACTE</u>	<u>MONTANT</u>	<u>SIGNATURE</u>
13/07/2022	Consultation+ECG	300 dh	 Dr. NAJIH Hayat Cardiologue Bd Afghanistan, Dens Houria, Bloc 225 Hay Hassani - Casablanca INPE: 091173914
13/07/2022	ECHOCOEUR	700 dh	 Dr. NAJIH Hayat Cardiologue Bd Afghanistan, Dens Houria, Bloc 225 Hay Hassani - Casablanca INPE: 091173914

CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIOVASCULAIRE : Dr NAJIH HAYAT

Nom : REGRAGUI

Le 13 /07/2022

Prénom : RACHID

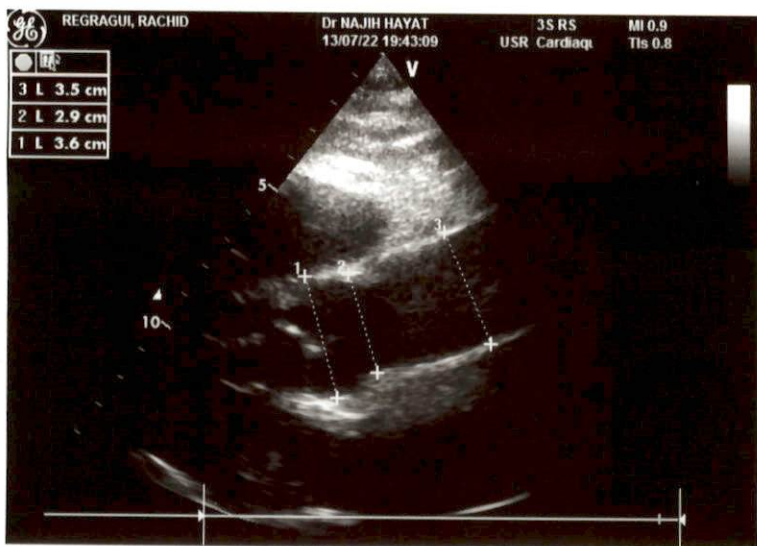
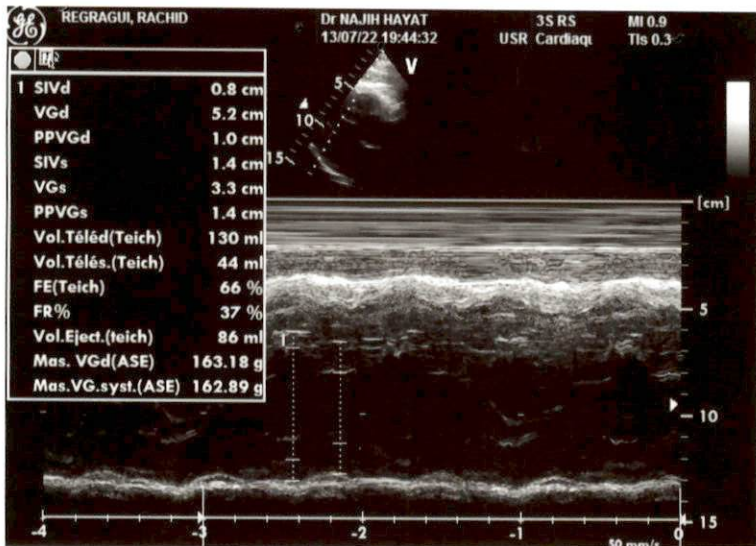
COMPTE RENDU D'ECHOCARDIOGRAPHIE

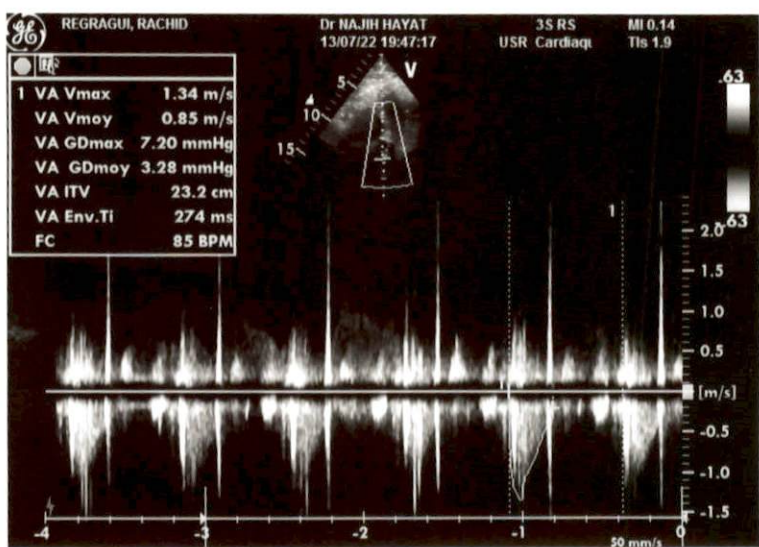
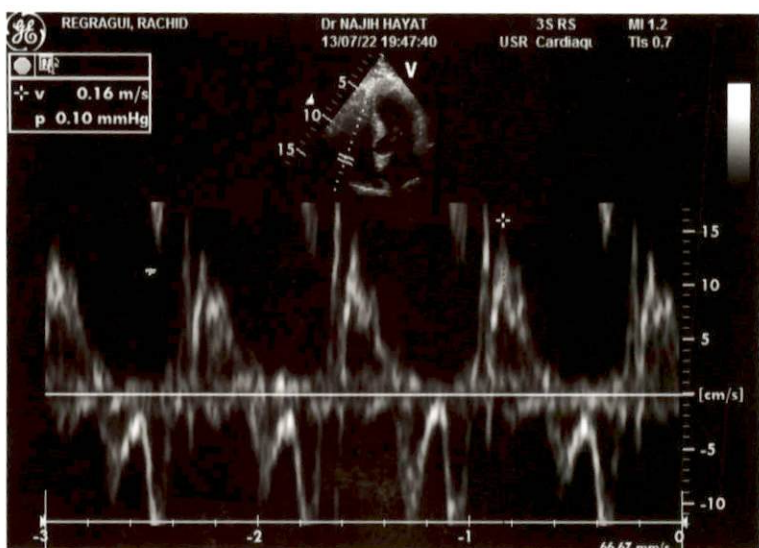
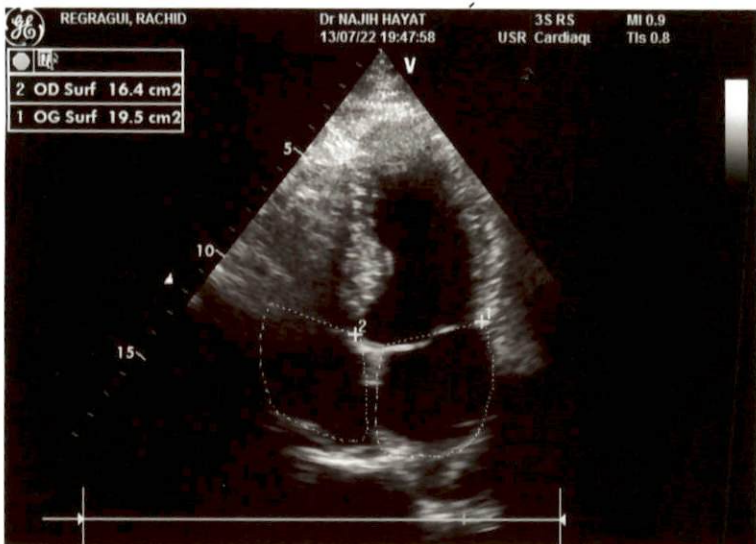
- 1- VG non dilaté (VG : 52/33 mm), non hypertrophié (SIV : 8 mm PP : 10 mm), dyskinésie septale, FEVG : 55%
- 2- Profil mitral type anomalie de la relaxation (E/A : 0,76) PRVG basses (E/E' : 7)
- 3- Massif auriculaire non dilaté (SOG : 20 cm² SOD : 17 cm²), libre d'échos
- 4- Valve mitrale fine, IM minime, pas de sténose mitrale (SVM par planimétrie : 4,8 cm²)
- 5- Valve aortique tricommissurale, sans fuite ni sténose aortique (ITV Ao : 23 cm Gdt moyen : 3 mmHg)
- 6- Cavités droites non dilatées, bonne fonction systolique du VD (S'VD : 16 cm/s TAPSE : 19 mm)
- 7- Pas d'épanchement péricardique
- 8- Pas de signes d'HTP
- 9- VCI non dilatée, compliant
- 10- Aorte ascendante de dimensions normales (35 mm)

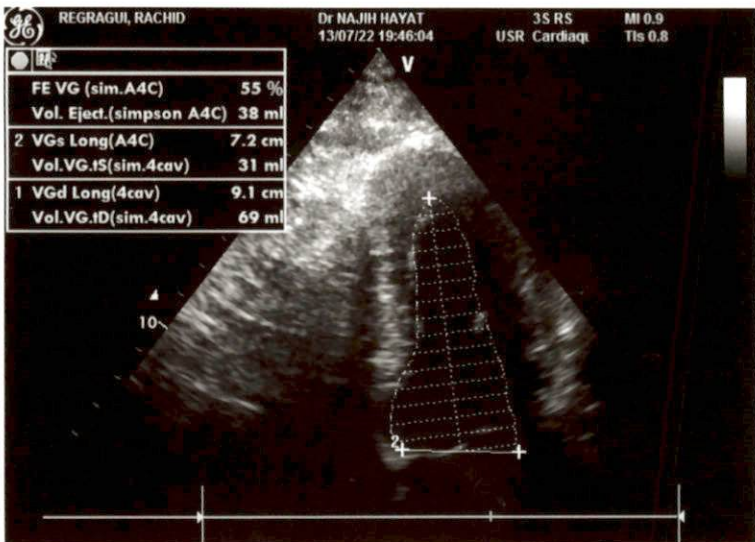
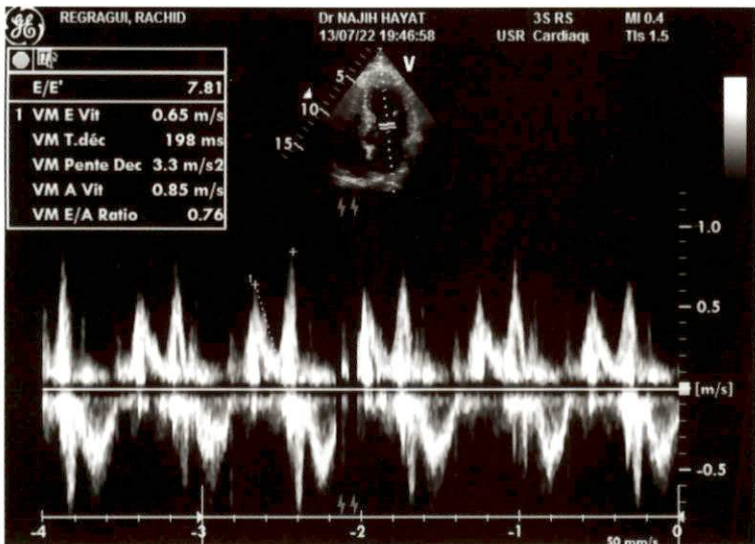
AU TOTAL :

- Dyskinésie septale, FEVG : 55%
- Anomalie de la relaxation, PRVG basses
- IM minime
- Bon VD
- Pas d'HTP ce jour

Dr. NAJIH Hayat
Cardiologue
Bd Afghanistan / Dep. Horia. Bld 25
Hay Hassani - Casablanca
INPE: 091172914









Diplômée de la faculté de médecine de Casablanca
Ancien interne à l'hôpital de la Timone à Marseille
Ancien interne du CHU Ibn Rochd de Casablanca
Diplômée en Echocardiographie de l'Université Bordeaux Segalen
Diplômée en cardiologie pédiatrique de l'Université Paris Descartes
Diplômée en imagerie vasculaire de l'Université Paris Sud

Casablanca, le : 14/01/2022

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.I.
Ain Sebaa 20250 - Casablanca
LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0.4ML SER B2
P.P.V. : 138DH10
6 118001 080472

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.I.
Ain Sebaa 20250 - Casablanca
LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0.4ML SER B2
P.P.V. : 138DH10
6 118001 080472



1-2020-04-04

138,10 x 2

276,20

(2020-04-04)

Dr. Hayat Naji
Cardiologue
Bd Afghanistan, Derb Houma, Bloc 225, N°1, 2ème Etage, Hay Hassan, Casablanca
INPE: 091173914

* Ametir b/Collovia
a' parli du 14/04/2012

* Prendre 4 j de Lovenax

* Faire b/Bon Bishop
lundi et ne pas ajeter
lovenax ni lundi ni mardi