

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 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

- Reclamation : 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 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- 063955

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 590 Société : B. 22

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : H. B. Boussa

Date de naissance : 1961

Adresse : Le Beldi, Casablanca

Tél. : 0629 86 05 29 Total des frais engagés : 750 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29 / 12 / 2022

Nom et prénom du malade : Lahrar Fatima Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : insuffisance Cardiaque + Problème de Rythme

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) :

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
29/12/2017	CS			

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
	29/12/2017	ehocou	750DK

AUXILIAIRES MEDICAUX

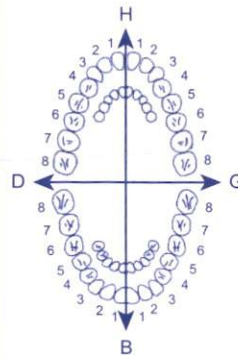
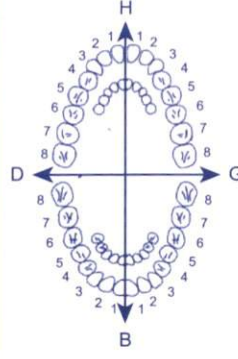
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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															
				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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	(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

Casablanca le 29/12/2022

Facture n° /2022

Arrêté la présente facture au nom de MR/Mme : Lahrar Fatima

Pour prestation au cabinet comprenant :

-

- Echocœur 750dh

-

À la somme de 750dh dirhams

Je vous remercie de votre confiance

Bien cordialement

Dr. JIBARI
Boulevard
Imm. 5, 3ème
Casablanca
E-mail: jibari@ymail.com
Dr. JIBARI
Sidi Maârouf
662 36 61 68
jibari@ymail.com

- Spécialiste en Cardiologie
- Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat
- Diplômée en Echocardiographie de la Faculté Victor Segalen, Bordeaux II - France
- Ex. Médecin au CHU Ibn Sina - Rabat
- Ex. Médecin à l'Hôpital militaire d'instruction Med V - Rabat



- إختصاصية في أمراض القلب
- خريجة كلية الطب بالرباط
- خريجة كلية الطب فيكتور سيغالين بوردو فرنسا
- في تشخيص أمراض القلب بالصدى
- طبيبة سابقا بالمركز الإستشفائي ابن سينا بالرباط
- طبيبة سابقا بالمستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط

Le 29/12/2022

Compte Rendu Echodoppler Cardiaque: La HRAR Fatima.

- VG non dilaté (DTD: 56mm), à parois non hypertrophiées (SI=9mm / IPot=8mm), présence d'une hypokinésie globale pevière, seule les paroi Inferieur, infusephali et paroi antérolatérale bougent, la fonction systolique globale évaluée au SBPa 38 %.
- aspect de bas débit mitral. FS=22mm
- Onde E typ exclusive (A+C+A), PRUG basses, E/A=6,9.
- VD non dilaté, normokinétique, de bonne fonction systolique TAPSE=22mm, Onde S Strauss pole à 17cm/s.
- IT minime estimant la PAPSa 9+10=19mmHg
- VCI Peu dilatée 19mm, compléte au collapsus inspiratoire
- Massif atrial dilaté, libre d'échos SOG=36cm².
- SOD=28cm².

- IM fines, IM grade I centale.
- VA tricuspid. non sténosante et non fœtale
- Aorte thoracique non dilatée en les segments analysés
anneau : 20mm / Sinus valsalva : 33mm / JST/30mm / Ao As : 20mm
- Péricarde sec.

Autopsie : Aspect de Cardiomyopathie Hypokinetique.
en dysfonction VG, FE 38%, en bas débit
compensé.

Dilatation brachioaortique

