

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.

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'Hadid
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° W21-671871

160144

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10888 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAZOUAK ZINER

Date de naissance : 24-02-78

Adresse : 5, Rue Ali ABDELAZZAK, RES Mille Rose

Tél. : 0661246786

Total des frais engagés : Dhs

Docteur Hassan JAMMI

Cadre réservé au Médecin

CARDIOLOGUE

Cachet du médecin :

20, Rue Oumaima SAYAH
Bd. Al Massira Al Khadra - Casa
Tél : 0522 39 31 01 - Fax: 0522 36 79 35
INP : 091080218
ICF : 007 698148000061

Date de consultation : 03 MAI 2023

Nom et prénom du malade : LAZOUAK ZINER Age : 45 ans

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 : Casablanca Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

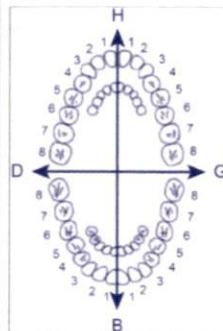
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
3 MAI 2023	C2 K2 16 (F (C))		300 DH	<p>INF: 011 48 81 119</p> <p>Dr. Hassan J. AYAH</p> <p>CARDIOLOGUE</p> <p>20, Rue Oumaima - SAYAH</p> <p>nd, Al Massira Al Khadra - Casablanca</p> <p>031 01 502 66 78</p>
03 MAI 2023	Echop dupliq		800 DH	

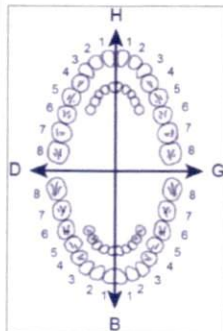
[illegible][illegible][illegible]

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	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																										
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<div></div>																									
						MONTANTS DES SOINS	<div></div>																								
							DEBUT D'EXECUTION	<div></div>																							
								FIN D'EXECUTION	<div></div>																						

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX																									
	<table><tr><td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td></tr></table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<div></div>												
	H																														
	25533412	21433552																													
	00000000	00000000																													
	D	G																													
	00000000	00000000																													
	35533411	11433553																													
	B																														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				<div></div>																										
					<div></div>																										
				<div></div>																											
				<div></div>																											
				<div></div>																											
				<div></div>																											
				<div></div>																											
				<div></div>																											
				<div></div>																											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Hassan JAMMI**Email : drjammi@hotmail.com**

ECHO DOPPLER CARDIAQUE ET VASCULAIRE - EPREUVE D'EFFORT - HOLTER RYTHMIQUE ET TENSIONNEL

Casablanca le

03 MAI 2023

NOTE D'HONORAIRES

NOM : *Y° LAZRAK*
 PRENOM : *Zineb*
 ORGANISME : *MUPRAS*

4/ CONSULTATION + ELECTROCARDIOGRAMME : *300,00*

4/ ECHO DOPPLER CARDIAQUE : *800,00*

ECHO DOPPLER ARTERIEL DES MI :

ECHO DOPPLER DES VAISSEaux DU COU :

ECHO DOPPLER DES ARTERES RENALES :

ECHO DOPPLER VEINEUX MI :

EPREUVE D'EFFORT :

HOLTER RYTHMIQUE DE 24 H :

HOLTER TENSIONNEL DES 24 H :

AUTRE :

TOTAL

: *1400,00*

DHs

Soit : *Mille cent dix*

PATENTE N° : 35719032

IF : 40301337

Dr JAMMI
 CARDIOLOGIE
 20, Rue Ourmaina
 Bd. Al Massira, N° Kinebra - Casa
 Tel.: 0522 39 31 41 - Fax: 0522 36 79 35

CABINET DE CARDIOLOGIE DR HASSAN JAMMI

Cardiac Func. Exam.

Patient Information

02-05-2023

ID : x230502-143327
Name : LAZRAK ZINEB
Sex : Female

Site Information

Study Description :
Referring Physician:
Reporting Physician:
Sonographer :

<M mode LV Function>

	Pombo	Teichholz
EDV	75ml	79ml
ESV	14ml	21ml
SV	61ml	59ml
CO		
EF	81.1%	74.0%
FS	42.6%	
LVM/BSA		
HR		

	Diastole	Systole
LVID	42.2mm	24.2mm
IVS	8.1mm	12.8mm
LVPW	6.8mm	10.7mm

<Trans Mitral Flow Doppler>

Peak E	77.2cm/s	
Peak A	49.6cm/s	Adur
PVAdur		
DecT	208ms	

MVA	
E/A	1.55
Mean PG	0.7mmHg
PVAdur -Adur	

<User's Calculation>

Ao/OG	OG/Ao	:	1.529			
	Ao.d1	:	22.7mm	OG.d1	:	34.6mm
	DVA.d1	:	16.7mm			

<Comments>

HTA LIMITE, DYSYPNEE.

VG de taille normale, Pas d'hypertrophie parietale.

Pas d'anomalies de la cinetique segmentaire, Bonne fonction systolique globale.

OG et cavites droites non dilatees.

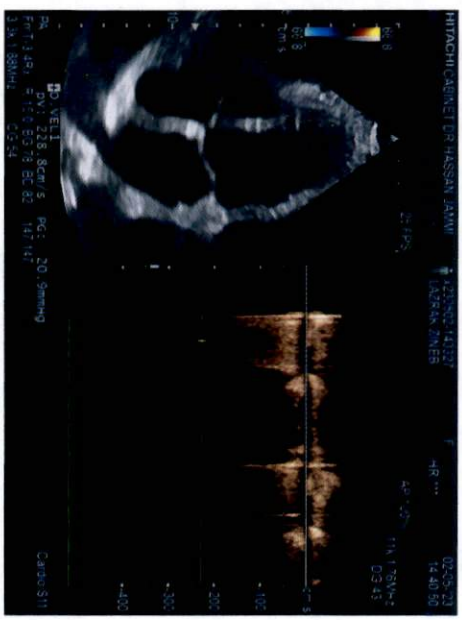
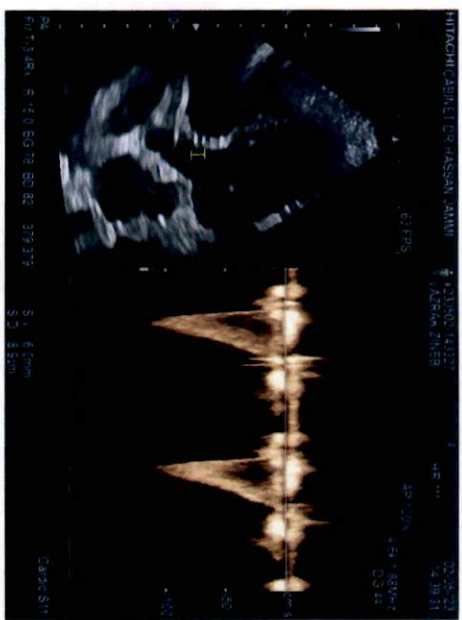
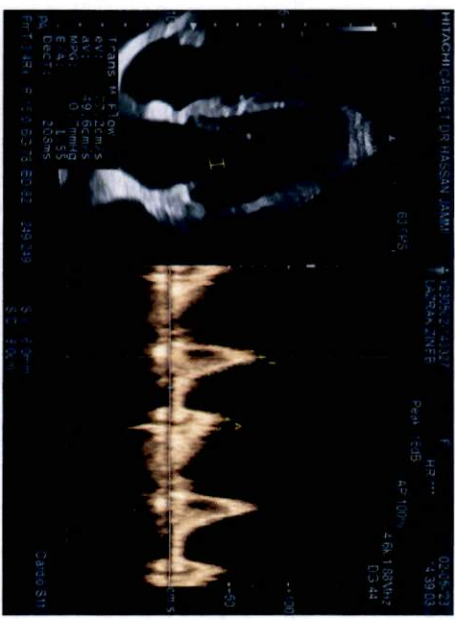
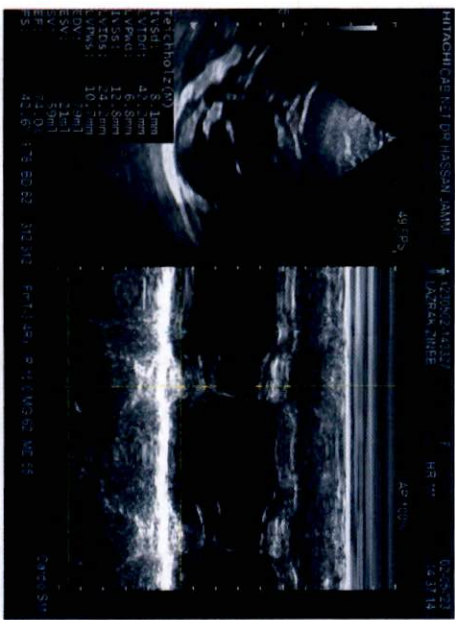
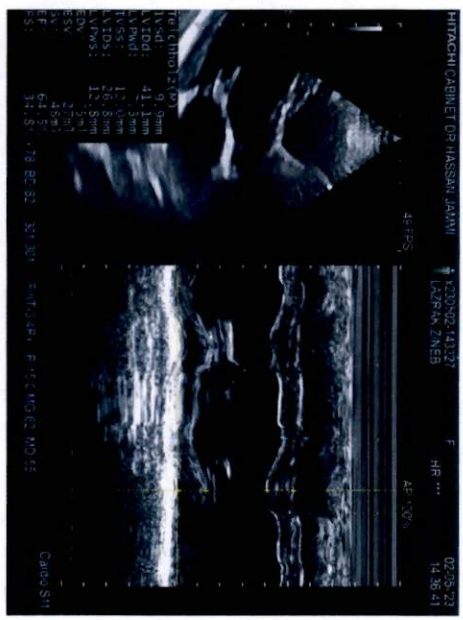
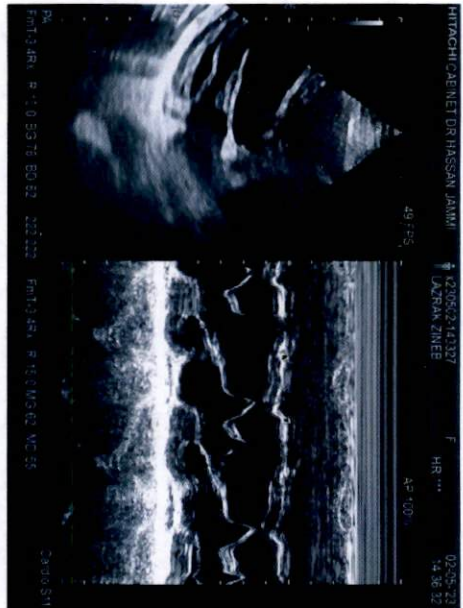
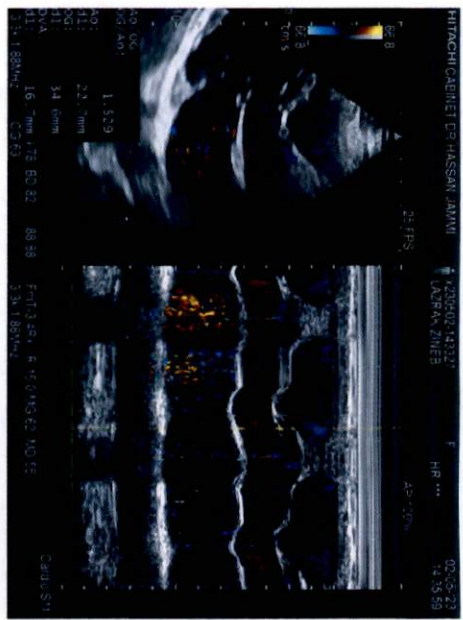
IT minime, PAPS estimee a 24 mmhg.

Micro IM insignifiante.

PRVG basses.

Physician's SIGNATURE :

Docteur Hassan JAMMI
CARDIOLOGUE
20, Rue Oumayma SAYAH
Bd. Al Massira Al Khadra - Casa
Tél. 0522 39 31 01 Fax: 0522 36 79 35
INP : 021080218
ICE : 001698148000061



**LAZRAK ZINEB**

Date Examen: 03/05/2023 15:24:59

Cabinet Hassan jammi, Hassan jammi

Test type: Resting ECG

HR	60/min	P	106ms	Axe P	67°
RR	1000ms	PQ (PR)	146ms	Axe QRS	48°
SpO2		QRS	78ms	Axe T	57°
TA		QT	401ms	QTc(Baz)	401ms

ECG ANORMAL

Médecin: hassan hassan

*Dr = H**107-136/85*