

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

- 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-809919

197255

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2813 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AATLANE SAADIA

Date de naissance : 14/1/1949

Adresse :

Tél. : 0661312312 Total des frais engagés : 1582,60 DH Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/02/2024

Nom et prénom du malade : AATLANE SAADIA

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

Nature de la maladie : Hypertension artérielle

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 : Casa

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 26/2/2024

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-809919

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
15/10/2019	Consultation		800	INP : 091126347
15/10/2019	21/10/2019		2000	
16/10/2019	30 Indice		1000	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACE ATLANTIC Res Bab Salam, imm A MQ2 Dar Bouayach, Nouaceur Casablanca Tél: 2520471414</p>	15.02.24	182,60

[illegible][illegible]

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 : <input type="text"/>
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			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

عيادة تشخيص واستكشاف أمراض القلب والشرائين Cabinet de Diagnostic d'Exploration Cardio Vasculaire

الدكتور عبد السلام سبتي
 اختصاصي في أمراض القلب
 خريج كلية الطب بتولوز - فرنسا

AVLOCARDYL 40MG
 CP SEC B50
 LOT: 21E007N
 PER: 05 2024
 P.P.V: 41DH80
 6 118000 010227
 AVLOCARDYL 40MG
 CP SEC B50
 LOT: 23E005
 PER: 03 2026
 P.P.V: 41DH80
 5 118000 010227

LOT: 23E005
 DL00: 12/2026
 99,00DH



ablanca, le 18/10/2024

ATJ Lmk S.M.M.M

41,80(x2)
 83,60 Avlocardyl 40mg
 99,00 Magnesium
 182,60

PHARMACIE ATLANTIC TAMARIS
 Res Bab Salam, Immeuble NO 2
 Dar Bouazza, Bouaccour
 Casablanca
 Tel: +212 520 47 14 14

Dr. Abdesslem SEBTI
 Cardiologue
 134 Rue Attabari, Immeuble NO 2
 Bd Ghandi
 Casablanca
 Tel: +212 520 47 14 14

PHARMACIE ATLANTIC TAMARIS
 Res Bab Salam, Immeuble NO 2
 Dar Bouazza, Bouaccour
 Casablanca
 Tel: +212 520 47 14 14

Prochain R.D.V le

En cas d'urgence contacter : 06 61 27 12 90 Ou clinique CASA ANFA : 05 22 94 56 33

134 Rue Attabari 4^{ème} étage Bd Ghandi - Casablanca

الهاتف : 05 22 39 09 09 / 05 22 44 75 81 / 06 61 27 12 90 / 06 63 89 13 56

Email : centrecardiordrsebti@gmail.com

عيادة تشخيص واستكشاف أمراض القلب والشرلين Cabinet de Consultation et d'Exploration Cardio Vasculaire

Dr. Abdesselam SEBTI
Cardiologue
Diplôme de la Faculté de Médecine
de Toulouse - France



الدكتور عبد السلام سبتي
اختصاصي في أمراض القلب
خريج كلية الطب بتولوز - فرنسا

Casablanca, Le 04/01/2024

Patient : AAJALNE SAADIA

LE 15/02/2024

CONSULTATION

.....200 DH
ELECTROCARDIOGRAMME

.....200 DH

16/02/2024

ECHODOPPLER CARDIAQUE

.....1000DH

TOTAL 1400 DH

Arrêter la facture à la somme de mille quatre cent dirhams

DR. Abdesselam SEBTI
Cardiologue
134 Rue Attabari Bd Ghandi
Tél: 05 22 44 58 1 / 06 61 27 12 90 / 05 22 39 09 09 / 06 63 89 13 56

Prochain R.D.V le

En cas d'urgence contacter : 06 61 27 12 90 Ou clinique CASA ANFA : 05 22 94 56 33

134 Rue Attabari 4^{ème} étage Bd Ghandi - Casablanca

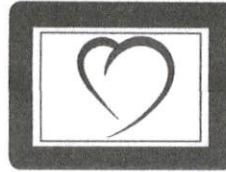
الهاتف : 05 22 39 09 09 / 05 22 44 58 1 / 06 61 27 12 90 / 06 63 89 13 56

Email : centrecardiordrsebti@gmail.com

تشخيص واستكشاف أمراض القلب والأشرايين

Centre de Consultation et d'Exploration Cardio Vasc

Dr. Abdesselam SEBTI
Cardiologue
Diplôme de la Faculté de Médecine
de Toulouse - France



عبد السلام سبتي
في أمراض القلب
طب بتولوز - فرنسا

NOM : AAJLANE
DATE : 16/02/2024

PRENOM : SAADIA

Examen pratiqué sur Echographe HITACHI ARIETA 850

COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE DOPPLER CARDIAQUE COULEUR

A L'ECHOGRAPHIE :

Le ventricule gauche est de dimension et de fonction normale
Bonne cinétique segmentaire et globale.

Epaisseur pariétale normale.

Les cavités ventriculaires droites ne sont pas dilatées.

DTD : 47mm/ DTS : 271/ FR : 43%

FE par méthode SIMPSON : 74%

Ep.P.Ant : 8 mm/ Ep.P.Post : 8 mm/ VD : 32 mm

OG : 34mm/ Aorte : 33mm

O.G de taille normale. Aorte de taille normale. Rapport O.G / A.O : 1,03

Les valves mitrales sont souples et d'ouverture normale. l'appareil sous valvulaire n'est pas remanié.

Les sigmoïdes aortiques sont souples et leur ouverture est normale.

Pas d'épanchement péricardique.

Pas de Thrombus intracavitaire.

Pas d'anomalie visible .

AU DOPPLER COULEUR :

FLUX MITRAL

E = 70,9 cm/s

A = 86,3m/s

EA = 0,82

VMT Dec = 56m/sec

La Pression de remplissage du VG normale

Absence de rétrécissement ou de fuite trans valvulaire significative.

Il existe une petite I.T physiologique qui permet de calculer la PAPs à
 $10 + 5 = 15 \text{ mmHg}$.

CONCLUSION :

Echographie Doppler Cardiaque Couleur montre une bonne fonction bi-ventriculaire avec une fonction systolo-diastolique conservée .
sans signe de cardiopathie valvulaire au doppler couleur.

En cas d'urgence contacter : 06 61 27 12 90 Ou clinique
134 Rue Attabaz Zénقة التباري الطابق الرابع شارع غاندي - الدار البيضاء

Tél : 05 22 44 75 81 / 06 61 27 12 90 / 06 63

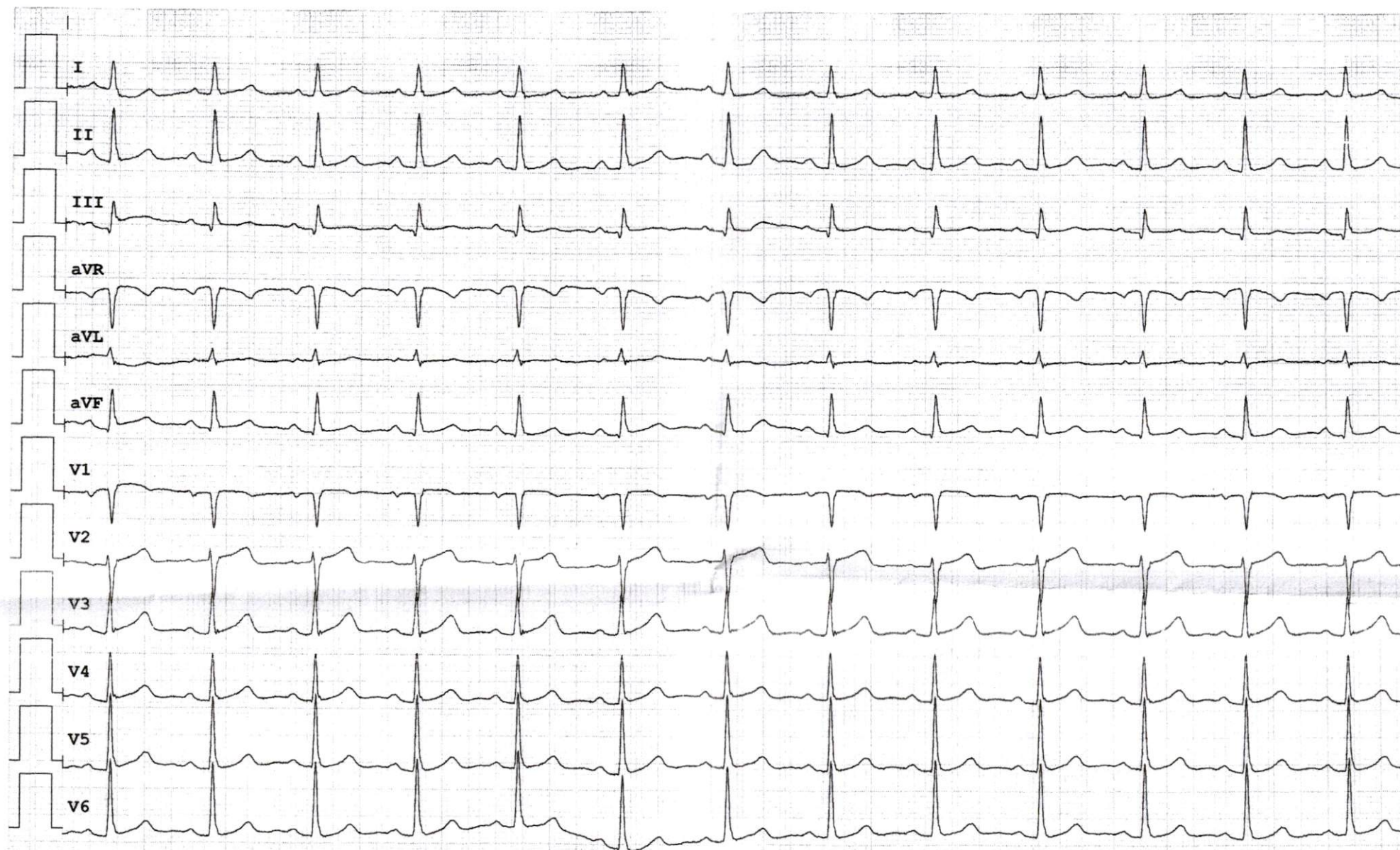
15/02/2024 13:26:42

ID :

Nom : AAJLANE SAADIA

FC : 78 BPM
PR/RR : 0,172/0,767 s
QRS : 0,086 s
QT\QTc : 0,364/0,415 s

Né le :
Âge :
Sexe :
Dep :



25 mm/s, 10 mm/mV