

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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



198919

Déclaration de Maladie

M23- N° 0041916

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1481 Société : ROYAL AIR MAROC
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : JANAH ABDERRAHIM
 Date de naissance : 07 - 05 - 1949
 Adresse : DERB NAJAT N° 68 AIN-SEBAA CASABLANCA
 Tél. : 06 61 42 08 84 Total des frais engagés : 900,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 04 / 03 / 2024
 Nom et prénom du malade : JANAH ABDERRAHIM Age : 75
 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 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 : 14 / 03 / 2024
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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 et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
04/03/24		C		

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
	04/03/24	EDC	900000

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 :

Veillez 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		
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			CCEFFICIENT 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 LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مصحة بوسيجور
CLINIQUE O.R.L. BEAUSEJOUR

04/03/2024

Dr. F. Bousigour ORL

① Echo. Cor

Dr. Abdelfettah FENNANE
Anesthesie Reanimation
Clinique O.R.L. Beausejour
198, Bd. Ghandi
Tél: 0522 99 42 41 - Fax: 0522 99 42 40

NOTE D'HONORAIRES

Casablanca, le. 04/03/24

Le Docteur.....

a l'honneur de présenter ses compliments à

M. R. JANAH - ABDERRAHM.

Et lui adresse selon l'usage sa note d'honoraire.

Echo deppm Condi aq e

Soit la somme de :

900,00

.....DHS.

CACHET ET SIGNATURE

ICE :1624102000036 N°De Patente :30311203 N° Identifiant Fiscal :48211230

Dr. Med. F. EL KADHI
CARTON
0612 61222222
0612 61222222
0612 61222222

Cabinet de Consultation et D'exploration Cardio-vasculaires

ECHO-CARDIOGRAPHIE-DOPPLER COULEUR

Date : 04/03/2024

Nom : JANAH

Prénom : Abderrahim

Motif : Pri. op

AORTE : 30,8 mm Pas de dilatation Ao.

OG : 26,1 mm Surface : 19,46 cm²

VG DTD : 50,6 mm
FR :

FE : 73,7%

SIV : 11,9 mm

PP : 12,6 mm

DTS : 28,6 mm

Bonne Contraction

Cavités Droites Non Dilatées / VD normotensionnelle / Vc I fine

Péricarde Rec

Valves

- > Mitrale : 1 Épaissies avec quelques calcifications, pas prolapsé
- > Ao : Bonne Coaptation
- > Pulm :
- > Tricuspidé :

Doppler : T Relaxation / DVS basses IT : modérée
IR minime à modérée

Conclusion : I Ao minime à modérée sur valeurs d'allure de jéniorisme.
Pas de rétrograde (Cavités, Ao non dilatées)
Bonne Contraction Précontractionnelle ; FEV : 73,7%
Pas d'HTAD

Boulevard Mohamed Eddourra, Résidence Elhamd Imm BR III B 2ème Etage n° 3 Ain Sebaa

Tél : 05 22 34 27 08 - Fax : 05 22 34 27 09 - Urg : 06 60 79 81 90

NB : Prutenh Oster. N° De Patente : 30311203



