

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W19-431712

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12585 Société : R.A.M.

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre :**

Nom & Prénom : ZERHOUNI SOUFIAVE

Date de naissance : 01/12/1987

Adresse : RES LES CHAMPS 3 G18 NASSIM CASABLANCA

Tél. : 0662129142 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : LARA QI HOUDA Age : 29 ans

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

Nature de la maladie : Toxémie Gravidique

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)

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

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
11/10/2023	ECG	1	2002	INP : 9910935 L. LEBAR CASA
	ECG	1	2002	

INP :	0910938	Y9
-------	---------	----

[illegible][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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaux, 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"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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

Important:

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


[illegible]

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession



	DATE DU
	DEVIS
	DATE DE
	L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CENTRE CARDIOVASCULAIRE
LES HÔPITAUX

Secrétariat : 05 22 86 33 66
Télécopie : 05 22 86 33 55
Portable : 06 61 32 26 05
E-mail : labcardio@menara.ma

Docteur Mohamed LEBBAR

Cardiologue Médico - Chirurgical

Casablanca, le 04.07.19

Note d'Honoraires

Nom/Prénom : LARAQI Houla

Nature d'examen :

: Usa ECG 300 DH

: Echo Doppler 1000 DH

: Cor. Sup.

:

Total : 1300 DH

Somme arrêtée à :

17 mille trois cents DH

Docteur Mohamed LEBBAR
CARDIOLOGUE
4, Rue Tarik Ibn Ziad
Quartier des Hôpitaux - Casa
Tél: 0522 86 33 66 - Port: 06 61 32 26 05

ORIFICE AORTIQUE :

- description : aorte initiale de taille normale.

Sigmoïdes fines d'ouverture normale.

- Doppler : Normal.

5) ORIFICE MITRAL :

- description : valves morphologiquement normales.

- Doppler : Normal.

Flux transmitral d'allure normale.

6) ORIFICE TRICUSPIDE :

- description : aspect normal.

- Doppler : Normal.

7) ORIFICE PULMONAIRE :

- description : aspect normal.

- Doppler : Normal.

CONCLUSION

Ventricule gauche de dimensions normales.

Remplissage ventriculaire gauche normal pour l'âge.

Fonction ventriculaire gauche contractile globale et segmentaire correctes.

Docteur Mohamed LEBBAR
CARDIOLOGUE
4, Rue Tarik Ibn Ziad
Quartier des Hôpitaux Casa
Tél: 0522 86 33 66 Fax: 0522 86 33 55

Docteur M. LEBBAR
Cardiologue

Assesseur de la Faculté de Médecine de PARIS
Assesseur de la Faculté de Médecine de ORAN
Assesseur de la Faculté de Médecine de ALGER
Assesseur de la Faculté de Médecine de TUNIS

ECHODOPPLER CARDIAQUE

Nom : LARAQI

Prénom : Houda

Diagnostic clinique : Dyspnée

Adressé par : Dr LEBBAR

Age : 29 ans

Date : 04/07/2019

Conditions techniques : Bonnes

PARAMÈTRES MESURÉS

		<u>Nle (adulte)</u>			<u>Nle (adulte)</u>
Aorte	30	20-37 (mm)	SIV (ép D)	10	6-11 (mm)
Ouv. Sigmoidienne		15-26 (mm)	PP (ép D)	10	6-11 (mm)
Oreillette gauche	36	19-40 (mm)	Masse du VG indexée		F < 110 g/m ² H < 135 g/m ²
VG (DTD) *	48	36-56 (mm)	VG indexé		< 30-31 mm/m ²
VG (DTS) *	30	25-41 (mm)			
FR	38	> 28%			

1) CAVITES GAUCHES :

- VG : de taille normale
ses parois sont d'épaisseur normale
bonne fonction contractile globale et segmentaire.

- OG : de taille normale.

2) CAVITES DROITES :

- VD : de taille normale.
- OD : de taille normale.

3) PÉRICARDE :

Pas d'épanchement péricardique.

Nom: LARAQI HOUDA

Date de naissance: 01/01/1990

Sexe: Féminin

Poids: -

Taille: -

Identifiant: LAR

Médecin: cardio LEBBAR MOHAMED

Raison sociale:

Téléphone:

Temps d'enregistrement: 04/07/2019 16:19:43

1/1

