

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie
N° P19-0029522

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.

Maladie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Biologie 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.

Prothèse 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

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

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3101 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SABIR Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 063747067 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

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 : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) : 

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- | | |
|---|---|
| C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien | SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence |
| CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre) | SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme |
| CHPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre | AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute |
| V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin | AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière |
| VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin | AP = Actes pratiqués par un orthophoniste |
| VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade | AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste |
| VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié | R-Z = Electro - Radiologie |
| PC = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie | B = Analyses |
| K = Actes de chirurgie et de spécialistes | |

POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- | | |
|--|-----------------------------------|
| - L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE | - LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES |
| - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL | - L'ORTHOPEDIE |
| - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU | - LA REEDUCATION |
| - PREVENTORIUM | |
| - SEJOUR EN MAISON DE REPOS | - LES ACCOUCHEMENTS |
| - LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit | - LES CURES THERMALES |
| - d'actes répétés en plusieurs séances ou actes | - LA CIRCONCISION |
| - globaux comportant un ou plusieurs échelonnées | - LE TRANSPORT EN AMBULANCE |
| - dans le temps. | |

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 91 26 16/2648/2649/2857/2883
FAX : 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail: mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS

N° 477229

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : **SABIR Mohamed**
Matricule : **3101** Fonction : **Retraité** Poste : **1**
Adresse : **habituel**
Tél : **06 63 74 70 67** Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : **SABER FATIMA** Age :
Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : **07/08/2011**
Nature de la maladie : **HTA - Infarctus + Diabète**
S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances : **Cas 81**
Signature et cachet du médecin :
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

N° 477229

DECLARATION
Matricule N° :
Nom du patient :
Date de dépôt :
Montant engagé
Nombre de pièces jointes :



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
06/08/2019	CS		250DH	
	GCHO		650DH	
	Suppl			
	ceudgin			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	06/08/2019	654,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des coefficients	Montant des honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du praticien	Dates des soins	Nombre				Montant détaillé des honoraires
		AM	PC	IM	IV	

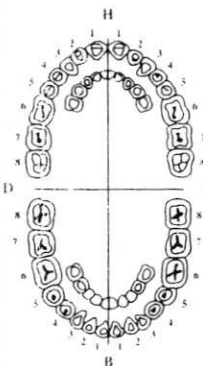
VOLET ADHERENT

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

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins

Important : Veuillez 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
			

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANT DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

MASTICATOIRE														
<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>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	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H														
25533412	21433552													
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
B														
<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>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	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANT DES SOINS
H														
25533412	21433552													
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
B														
<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>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	00000000	00000000	35533411	11433553	B		DATE DU DEVIS
H														
25533412	21433552													
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
B														
<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>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	00000000	00000000	35533411	11433553	B		DATE DE L'EXECUTION
H														
25533412	21433552													
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
B														

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANT DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATION CARDIO - VASCULAIRES

Dr. Abdelkhalek CHOULADI
CARDIOLOGUE

Spécialiste Maladies du Cœur et Vaisseaux
Diplôme de la Faculté de Médecine de Paris
Diplôme de Cardiologie Adulte et Pédiatrique
Ex. Attaché des Hôpitaux de Paris
Diplômé d'Echographie - Doppler Cœur et Vaisseaux



الدكتور عبد الخالق شولادي
طبيب القلب

إختصاصي في أمراض القلب والشرايين
الدورة الدموية وإرتفاع الضغط الدموي
خريج كلية الطب بباريس
الكشف بالأمواج مافوق الصوتية والصدى للقلب

Casablanca 06.08.2013 الدار البيضاء في:

Handwritten signature: Dr. S. V. GATIMA

LOT: 222
PER: OCT 2020
PPV: 125 DH 00
6118000050704

LOT: 219
PER: OCT 2020
PPV: 205 DH 00
CO-ANGINIB 50 mg / 12.5 mg
60 Comprimés

1) Co-ANGINIB 50

205.00
125.00

S.V

1 cp

EXP 06 2022
PPV 81.00 DH
30 gél

2) Fibrinogène



EXP 09 2021
PPV 81.00 DH

FIBROCARD 240 mg
30 gélules
Remboursable AMO

EXP 09 2021
PPV 81.00 DH

3) Fibrinogène

S.V

1/24

FIBROCARD 240 mg
30 gélules
Remboursable AMO

EXP 09 2021
PPV 81.00 DH

4) Fibrinogène

81.00 x 4 = 324.00

654.00

Red stamp: Dr. CHOULADI Abdelkalek Cardiologue 50, Rue Mostapha El Mâani

sur rendez - vous بالمواعيد

CABINET DE CARDIOLOGIE ET EXPLORATIONS CARDIO VASCULAIRE

MME SABER FATIMA

Casablanca, le 06/08/2019

NOTE D'HONORAIRE

CONSULTATION.....250DH

ECHO CARDIAQUE650 DH

TOTAL900DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

NEUF CENT DIRHAMS

DR. ACHOULADI

DR. ACHOULADI
Maradine ACHOULADI
80, Rue Postale et des Valseuses
Casablanca - Tél. 0203944539

CABINET DE CARDIOLOGIE ET D EXPLORATIONS CARDIOVASCULAIRES

Casablanca, le 06/08/2019

MME SABER FATIMA

ECHO-DOPPLER CARDIAQUE

ECHO :

- Ventricule gauche de taille et de fonction normale
- Fonction systolique normale avec FE= 60%
- Dilatation minime de l'oreillette gauche
- Valves mitrale : Souples avec cinétique normales, pas de végétation
- Valves aortiques : Sigmoides aortiques non épaissies avec ouverture normale
- Parois : Hypertrophie septale
- Cavités cardiaques droites non dilatées
- Péricarde : Pas d'épanchement péricardique

DOPPLER

- E/A <1
- Insuffisance mitrale modérée
- Micro fuite aortique
- Les autres flux sont normaux

CONCLUSION

- DISCRET D'HVG
- DILATATION MINIME DE L'OREILLETTE GAUCHE
- FONCTION SYSTOLIQUE NORMALE AVEC FE VG =60%
- INSUFFISANCE MITRALE MODEREE
- MICRO FUITE AORTIQUE
- TROUBLE DE RELAXATION
- PAS D'EPANCHEMENT PERICARDIQUE

DR. A. CHOULADI

DR. CHOULADI A.
CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIOVASCULAIRES
60, Rue Mohammed VI, Casablanca
Tél. 05 22 11 40 11
Fax 05 22 11 40 12
Email: a.chouladi@orange.ma
a.chouladi@orange.ma

Nom et Prénom : SABER FATIMA

Date de naissance : 01/01/1949

Casablanca le : 09 / 08 / 2019

Compte rendu d'échographie cervico-thyroïdienne

Indication : suivi de goitre multinodulaire, Ac anti-TPO élevés, TSH à 0.59

Matériel : échographe Hitachi ALOKA F37 mis en service en Février 2019. Sondes linéaires 12 et 16 mHz

Résultats

Thyroïde de taille normale mesurant :

- Lobe droit : 48.4 x 14.8 x 15.4 mm (Hauteur x épaisseur x largeur), soit un volume de 5.60ml
- Lobe gauche : 47.4x13.8x14.5mm (Hauteur x épaisseur x largeur), soit un volume de 4.8 ml
- Isthme : 7 mm
- Volume : 11ml

Le parenchyme thyroïdien est de contours irréguliers, bosselés, d'échostructure légèrement hypoéchogène grade1, avec une hypervascularisation globale. Les vitesses systoliques maximales étant à 48.5 cm/ sec et 76cm/sec aux artère thyroïdiennes supérieures droite et gauche respectivement, avec une hyperseptation glandulaire.

Persistance des nodules décrits à l'échographie de janvier 2019, évoquant plutôt des pseudonodules de thyroïdite, les plus importants sont les suivants : (en conservant la même numérotation de 2018) :

N3 : polaire inférieur droit, ovalaire, solide, isoéchogène au parenchyme thyroïdien, mesurant 13.6 x 9.8 x 9.4mm (longueur x épaisseur x largeur). Ce nodule est stable depuis 2019, reste classé EU TIRADS 3.

N4 : polaire supérieur droit, ovalaire, solide, isoéchogène au parenchyme thyroïdien, mesurant 14.8 x 12 (longueur x épaisseur). Ce nodule est stable depuis 2019, reste classé EU TIRADS 3.

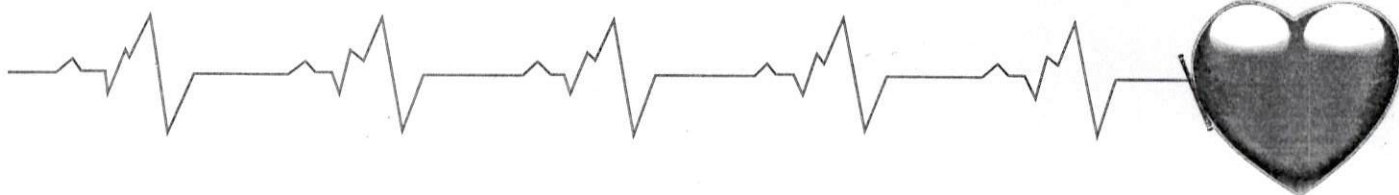
Présence de quelques ganglions secteur II d'aspect normal avec un hile centre de 5mm d'épaisseur

Conclusion : aspect évocateur de thyroïdite, stabilité des nodules

Nom et prénom du patient : Saber fatima

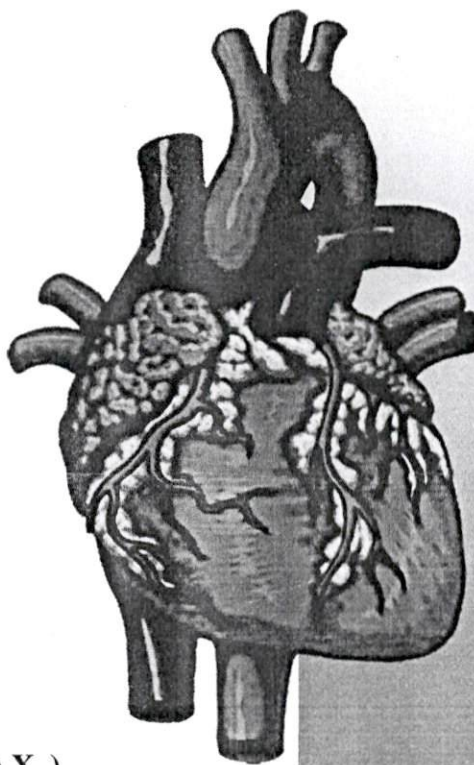
Centre de Cardiologie et d'Explorations

Cardio Vasculaires



Nom/Prénom: SABER FATIMA

- ☒ Electro Cardio Gramme
- ☒ Echo Doppler Cardiaque Couleur
- ☐ Echo Doppler Vasculaire Couleur
- ☐ Echo Cardiaque de Stress
- ☐ Echo Cardiographie Pédiatrique
- ☐ Echo Cardiographie Trans Oesophagienne
- ☐ Epreuve d'Effort Simple
- ☐ Epreuve d'Effort avec Spirométrie(VO2 MAX)
- ☐ Holter Rythmique
- ☐ Holter Tensionnel
- ☐ Potentiels Tardifs Ventriculaires
- ☐ Electro Cardio Gramme



Dr. Abdelkhalek
CHOULADI

