

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

Éducation :

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.

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

(ND = 24379)
Déclaration de Maladie

N° P19- 0043820

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0830 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité

Nom & Prénom : KEBDANI, Mohamed

Date de naissance : 21/01/1970

Adresse : Résidence EL FAJR - Im. LAYHANIE N°11, 3ème étage.

444 EL FARO - CASABLANCA

Tél. : 069657910 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr ZOHEIR Fatima
Cardiologue
CNSS - Châleef

Date de consultation : 4/2/2020

Nom et prénom du malade : KTHAR BOUCH Lamine Age :

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

Nature de la maladie : Hypertension

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 : 02/03/2020

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
4/12/20		1216	25000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie du Centre LOUDGHIRI ABMA 87, Bd Mohammed V SABLANCA - 022.40.58.59	29/02/20	99,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	06/02/2020	CX13	65000

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

وصفة
ORDONNANCE



04/02/2020

M^e KHARBOUCH Samira

751 09 22

LOT PER
Prix 99,00

1/ Hydramine 1 Br
A/S

2/ Colic bromet 1 Br
sup sou

Il est

Dr ZACHEIR Fatima
Cardiologue
CNSS Derb Ghallef

وصفة
ORDONNANCE



04/02/2020

M^r KHARBOUCH Lawte.

Étiologie cardiaque.

- Dyspnée.
- VS élevée



Dr ZOHEIR Fatima
Cardiologue
CNSS Derb Ghallef

Accordé le
6/02/2020

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
20100 CASABLANCA
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP : 1129105	N° SEJOUR : 200009663	FACTURE N° 2002002814		DATE D'ENTREE : 04/02/2020		DATE DE SORTIE : 04/02/2020				
ASSURE :				DESTINATAIRE :						
MALADE : KHARBOUCHE, Samira		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI		KHARBOUCHE, Samira						
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S :								
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :		N° SE. SOC. ETRANG. :						
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN.										
CONSULTATION DE CARDIOLOGUE + ECG	CSC	1.00	250.00	250.00					0.00	250.00

Intervenant : 02052017 DR ZOHEIR FATIMA CARDIOLOGUE	TOTAUX :	250.00						250.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT CINQUANTE DHS	PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :	250.00			AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 04/02/2020	EDITEE LE : 04/02/2020	PAR: AZEDIN	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :			
			Réglement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31					





N° IPP : 1131947		N° SEJOUR : 200010487		FACTURE N° 2003000848		DATE D'ENTREE : 06/02/2020		DATE DE SORTIE : 06/02/2020					
ASSURE :				DESTINATAIRE : KHARBOUCH, Samira									
MALADE : KHARBOUCH, Samira		UF: 5003 RADIOLOGIE											
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S :											
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :											
TIERS PAYANT 2 :													
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :		N° SE. SOC. ETRANG. :									
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT			
ACTES DE RADIOLOGIE													
ECHO-DOPPLER CARDIAQUE		CX13	1.00	650.00	650.00					0.00	650.00		
Intervenant : 02052017 DR ZOHEIR FATIMA CARDIOLOGUE				TOTAUX :		650.00				650.00			
Arrêtée la présente facture à la somme de : SIX CENT CINQUANTE DHS					PLAFOND PC :				ACOMPTE :				
					REMISE :		0.00	REGLE :		650.00	AVOIR :		
					RESTE DU :		0.00						
DATE FACTURE : 06/02/2020					EDITEE LE : 06/02/2020		PAR: SAAD		ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA					N° DE POLICE :		DATE AT :						
					Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghalief						
					BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA						
					N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31						

CARDIOLOGIE CNSS D'ERB GHALLEF

ECHOCARDIOGRAPHIE

Nom **KARBOUCH, SAMIRA**

Id patient **KARBOUCH**

2D

VGd Long(4cav)	6.8 cm
Vol.VG.tD (sim.4cav)	40 ml
VGs Long(A4C)	4.6 cm
Vol.VG.tS (sim.4cav)	14 ml
FE VG (sim.A4C)	66 %
Vol. Eject. (simpson A4C)	27 ml

M-Mode

Doppler

VM E Vit	0.50 m/s
VM T.déc	322 ms
VM Pente Dec	1.5 m/s ²
VM A Vit	0.74 m/s
VM E/A Ratio	0.67
E'	0.10 m/s
E/E'	5.23
IT Vmax	2.27 m/s
IT GDmax	20.52 mmHg

Conclusion :

BONNE FEVG A 70% .PAS DE TROUBLE DE LA CINETIQUE VG .
PRESSIONS DE REMPLISSAGE BASSES E/E" A5
FUITE MITRALE TRES MINIME .PAS DE DILATATION DE OG
SIGMOIDES AORTIQUES DISCRETEMENT REMANIEES .FUITE AORTIQUE MINIME
CENTRALE .PAS DE DILATATION DE L AORTE INITIALE A28MM
BONNE FONCTION VD .TAPSE A34MM
PAS D HTAP .PAPS A25MMHG.VCI NON DILATEE COMPLIANTE .
PAS D EPANCHEMENT PERICARDIQUE

Date **06/02/2020**

Dr ZOHRE HAMM
Cardiologue
CNSS Erb Ghallef

Print Date: 2/6/2020

Image 5



Image 6

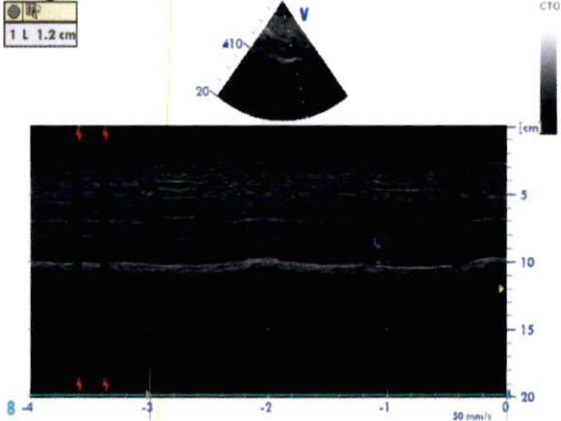


Image 7

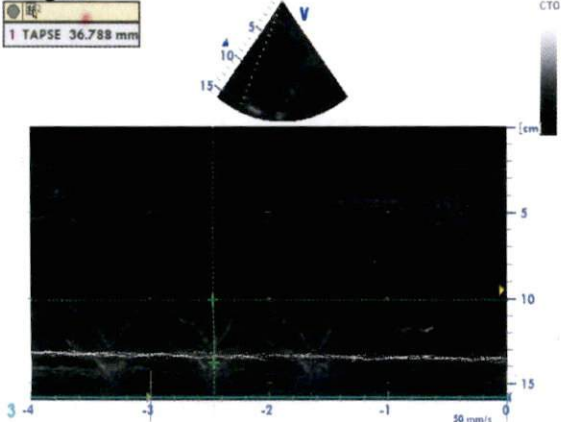
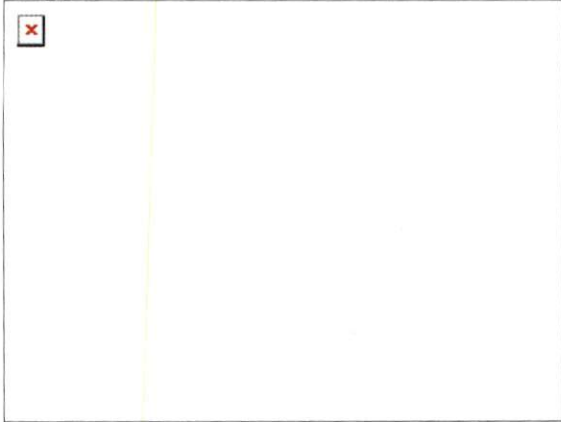


Image 8



CARDIOLOGIE CNSS DERB GHALLEF

ECHOCARDIOGRAPHIE

GE Healthcare
VIVID S6

Name **KARBOUCH, SAMIRA**
Birthdate
Patient Id **KARBOUCH**
Height
Weight

Date **06/02/2020**
Sonographer **Default user**
Referral Dr.

Image 1

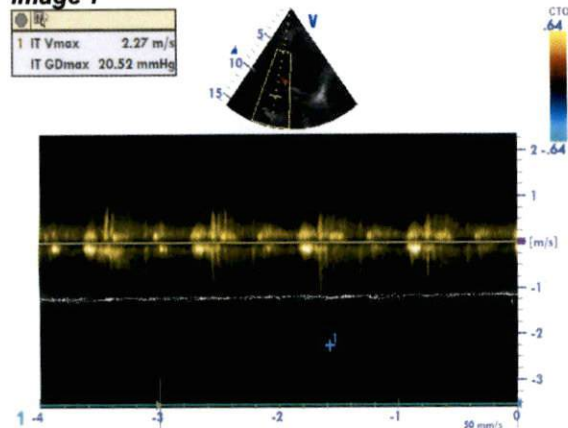


Image 2

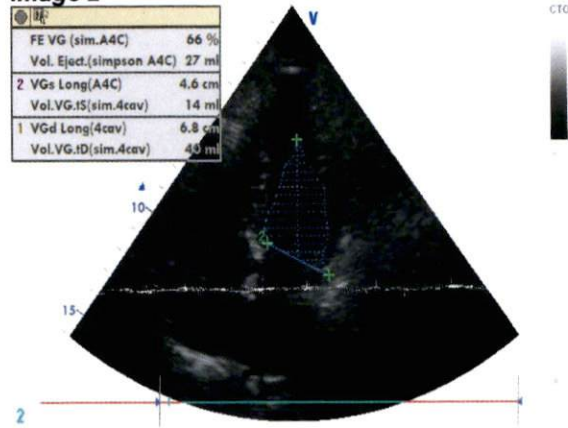


Image 3

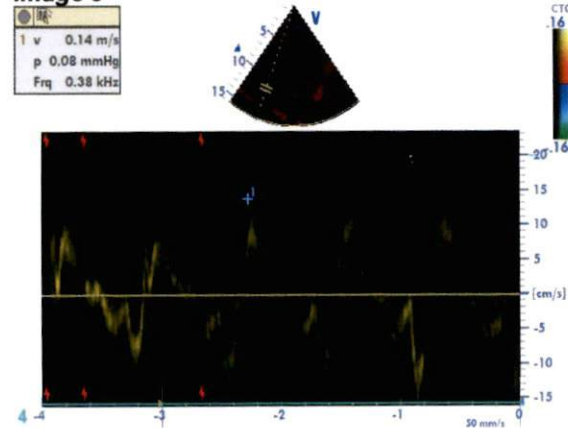
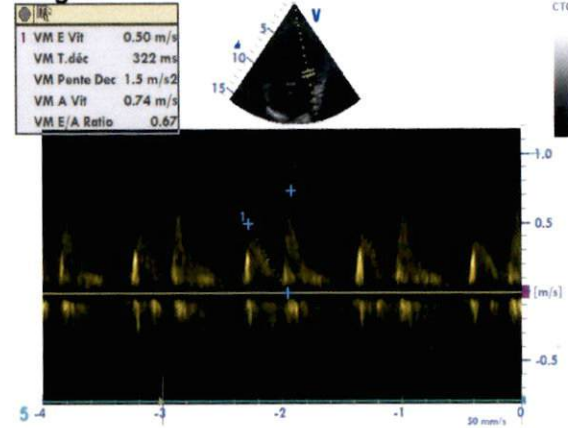


Image 4



Print Date: 2/6/2020

CARDIOLINE DELTA3

00:41 21-JUN-95

REMCO ITALIA

Kharbach Samira

412120

I

II

III

CARDIOLINE DELTA3

00:41 21-JUN-95

REMCO ITALIA

aVR

aVL

aVF

CARDIOLINE DELTA3 00:41 21-JUN-95

REMCO ITALIA

V1

V2

V3

CARDIOLINE DELTA3 00:41 21-JUN-95

REMCO ITALIA

V4

V5

V6

74