

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.

Educations :

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 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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 046525

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5795 Société : 24578

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL Ghattaya Abdellah

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 06 61 73 60 33 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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-046525

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 :

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

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

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

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.

Le 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

HOSPITALISATION EN CLINIQUE
HOSPITALISATION EN HOPITAL
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
EVENTORIUM
SEJOUR EN MAISON DE REPOS
ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
successifs comportant un ou plusieurs échelonnages
dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

En cas d'actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit se présenter 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 : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 614201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : **EL GOTTAYA ABDELLAH**
Matricule : **5795** Fonction : _____ Poste : _____
Adresse : **HAY AL QODS EL FAJR IMM H AL MART N°5**
Tél : **06.61.73.60.33** Signature Adhérent : **BERNOUSSI**

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : **EL GOTTAYA ADNANE**
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : **04/13/2020**
Nature de la maladie : **palpitations + myocardialgie**
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances : _____
Signature et cachet du médecin : **MOUSTAFA EL GOTTAYA**
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION **614201**
Matricule N° : **5795**
Nom du patient : **EL GOTTAYA ADNANE**
Date de dépôt : **14/4/20**
Montant engagé : **1444,70**
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
09 MARS 2020	Cseth Elhocem		300 DH 800 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE GHORANE Quartier Al Oudj Rue 2 N. H. B. (C) Casablanca	09/Jan/20	341,700 B

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 canalaires 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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX
H		H																							
25533412		21433552																							
00000000		00000000																							
D		G																							
00000000		00000000																							
35533411		11433553																							
B																									
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Dr. MOUSTAID Hayat

Spécialiste des maladies du Cœur
et des Vaisseaux

HTA. Echocardiographie doppler
Holter ECG et tensionnel
Epreuve d'effort



الدكتورة مستعد حياة

إختصاصية في أمراض القلب والشرابيين
وارتفاع الضغط الدموي
التشخيص بالصدى والدوبلر - تمرين الجهد
تسجيل مستمر لضغط الدم لمدة ٢٤ ساعة
تسجيل مستمر لتخطيط القلب لمدة ٢٤ ساعة

09 MARS 2020

Casablanca, le :

M :

El GOMRAH ADNANE

PHARMACIE GHAFANE
Quartier ANASSER
Rue 2 X 116
Casablanca 11600
Tél : 33 77 77 77 77

- Ansovit 99.00

- Meteospasmyl 37.80

- Bisocord 25 37.80

- Relaxium 300 87.00

- vitatine 77.00

1 cop x 3g matin

1 cop x 3g

1/2 cop matin

À consommer de
préférence avant le :
PPC: 99,00 DH

METEOSPASMYL® B 20 caps molles
Alvérine citrate 60 mg + Siméticone 300 mg
P.P.V. : 40,40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118001 100293

37,80

الدكتورة مستعد حياة
Dr. MOUSTAID Hayat
Cardiologue

الطبيب في أمراض القلب و الشرايين
Soutaib Erroumi N° 36 Amal 2
Casablanca Tél : 05 22 73 09 25

N° 36 Avenue Souhaib Erroumi Amal 2 - Bernoussi, Tél. : 05 22 73 09 25 - BORDJES : 05 68 96 01 91

Sur Rendez-vous

LOT: 190436
DLUG: 11/2222
97,00DH
une température interne
5° LOT 12914-FC22
04/2022 PPC 77,50

CASABLANCA LE 09/03/2020

COMPTE RENDU D ECHOCARDIOGRAPHIE DOPPLER
Mr EL GOTTAYA ADNANE

AO= 36.4 mm OG=41mm SIV=10.2mm PP=9.8mm
VG=56/ 37mm FEVG=65%

VG de taille limite supérieure, non hypertrophié, Fonction systolique du VG conservée, avec FEVG=65%

Pas d'anomalie de la cinétique segmentaire.

Pressions de remplissage du VG normales .

Pas de thrombus ni anévrysme du VG

OG peu dilatée, SOG= 20.2 cm², semble libre d'échos en transthoracique

Cavités droites non dilatés, SOD= 13.2cm², fonction systolique du VD conservée, IT grade I avec PAPS à 20+ 5 =25mmhg

Valves mitrales fine , non épaissie , non calcifiées, discrète fuite. pas de sténose.

Sigmoïdes aortiques épaissies, non calcifiées, pas de fuite , pas de sténose

Péricarde sec

VCI non dilatée, 18.5mm, compliant.

Au total :

Fonction systolique globale du VG conservée. FEVG=65%

IM minime

OG peu dilatée

Pas d' HTAP

المستودع محمد توفيق حبيب
Dr. MOUSTAID Hayat
Cardiologue
اختصاصية في أمراض القلب والشرايين
Avenue Soukato Erroumi N° 36 Amal 2501 Berroussi
Casablanca Tel : 522 73 09 25

Elgottaya
ID:

9-Mar-2020 11:17:42

ans cm kg

Méd:
Service:

Fréq. Card.: 73 BPM
Int PR: 145 ms
Dur.QRS: 95 ms
QT/QTc: 341/368 ms
Axes P-R-T: 59 72 55





