

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-427449

ND: 31914

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>10678</u>	Société : <u>Ref. al air Maroc</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	Autre :	
Nom & Prénom : <u>Zouhra Benmouzi</u>			
Date de naissance : <u>22/09/1945</u>			
Adresse : <u>27 JBR. Boushikane tipp la AGDAL</u>			
Tél. : <u>0661 823 402</u> Total des frais engagés : <u>700 Dhs</u> Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 <u>12/03/2020</u>			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : <u>M. M. R. - Tousif DA</u> Age :			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>HTA - Dyslipidémie</u>			
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 : Rabat - ALD Signature de l'adhérent(e) : AD

Le : 12/03/2020

RELEVE 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
12/03/2020	Co	()		INPE : 101099786
				Dr. Aïcha AOUAD Cardiologie à la Faculté Babat 5/5/30

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. A. AOUAD M. AOUAD Président de la Faculté de Médecine de Beyrouth 27.67.14.15. GSM: 06 61 2991 30 PE: 101099786	12/03/2012	ETT	7.000,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant 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	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"/>
	$ \begin{array}{r} 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \end{array} $			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[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



MUTUELLE DE PREVOYANCE &
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

le 12.1.2012

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Matricule: 10678	N° de poste: 111
Nom et Prénom de l'adhérent: MAMRI Zouhida	
N° Tél bureau: 0661223402	
Nom et Prénom du bénéficiaire: MAMRI Zouhida	
N° Tél domicile: 0661223402	
Dr. Aïcha AQUAD Ex-Professeur de Cardiologie à la Faculté de Médecine de Rabat Tél: 05 37 62 14 15 - GSM: 06 61 27 91 30	
Estime que l'état de santé de M ⁺ , M ⁺ , M ⁺ : Zouhida Tazi	
Nécessite:	
Un acte côté à la nomenclature: (préciser le coéfficient). Ecographie cardiaque Transthoracique	
Une hospitalisation de : (Approximatif).	
A: (préciser l'établissement hospitalier).	
Renseignement sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):	
cachet, date et signature du praticien	
Décision:	

NB: cette demande d'accord préalable doit être adressée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable, sinon la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

FACTURE

RABAT:12/03/2020

NOM ET PRENOM : MAMRI ZOUBIDA

EXAMAN : ECHOCARDIOGRAPHIE TRANS THORACIQUE

TOTAL A PAYE : 700DH

ARRETE LA PRESENT FACTURE A LA SOMME :SEPT CENT DIRHAM.

Dr. Aïcha AOUAD
Ex-Professeur de Cardiologie à la Faculté
de Médecine de Rabat
Tél.: 05 37 67 14 15 - GSM : 06 61 27 91 30

INPE : 101099786



ECHOCARDIOGRAPHIE TRANS-THORACIQUE
Rabat, le

INFORMATIONS PATIENT

Nom : MAMRI Zoubida, née en 1945
Date de l'examen : 12/03/2020
Raison de l'examen : Bilan de santé chez patient hypertendue

RESULTATS :

AORTE :

- 3 Sigmoïdes aortiques peu remaniées, mais d'ouverture conservée avec fuit aortique minime centrale. Légère accélération du flux aortique à 1.7 m/s, sans sténose.
- Aorte initiale : sinus de Valsalva : 31 mm, aorte ascendante : 37 mm

VENTRICULE GAUCHE :

- VG de non dilaté (DTD : 49 mm), non hypertrophié (SIV= 10 mm, PP = 10 mm), de cinétique homogène et de bonne fonction systolique globale. LA FE VG est estimée à 65%
- Profil de remplissage mitral en faveur de pressions de remplissage sur le versant bas (E/A < 1, E/Ea : 9)

OREILLETTA GAUCHE :

- Non dilatée: diamètre antéro postérieur : 36 mm,

VALVE MITRALE :

- Valves mitrales peu épaissies, avec minime fuite mitrale en bout de valve

VALVE TRICUSPIDE :

- Normale. IT minime permettant l'évaluation de la PAPs à 36 mm Hg si POD : 10 mm Hg

CAVITES DROITES :

- Cavités droites non dilatées.
- Veine cave inférieure non dilatée, dépressible

VALVE PULMONAIRE :

- Normale. Flux pulmonaire : 1.2 m/s.

PERICARDE :

- Sec.

CONCLUSION :

- VG non dilaté, non hypertrophié, de cinétique homogène et de bonne fonction systolique globale. La FEVG est estimée à 65%.
- Profil de remplissage mitral en faveur de pressions de remplissage normales.
- Aorte thoracique de taille normale. Fuite aortique minime centrale, PAS de sténose aortique
- OG non dilatée. Minime fuite mitrale en bout de valve.
- Cavités cardiaques droites non dilatées.
- Absence d'épanchement péricardique.
- PAPs estimée à 36 mm Hg.

Dr. Aïcha AOUAD
Ex-Professeur de Cardiologie à la Faculté
de Médecine de Rabat
Dr. AOUAD
Tél.: 05 37 67 14 15 GSM: 06 61 27 91 30