

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 canaux, 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 canaux.

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

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0658 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Zoubida MAMR

Date de naissance : 22/08/1945

Adresse : 27 Jbn Boulboulne Apt 4 AGDAL Rabat MAROC

Tél. : 0661 223402 Total des frais engagés : 700 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

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

Date de consultation : 12/03/2020

Nom et prénom du malade : MAMR Zoubida Age : 74

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

Nature de la maladie : HTA - Dyslipidémie

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 Le : 12/03/2020

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
12/03/2020	C			INPE : 101099786 Dr. Aïcha AOUAD Professeur de Cardiologie à la Faculté de Médecine de Rabat Tél : 05 37 67 14 15 - GSM : 06 61 27 91 30

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laborantin ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
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	12/03/2020	ETT	2000,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 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																	
	<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></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				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




MUPRAS

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

le 12/03/2020

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Matricule: 20678	N° de poste: / /
Nom et Prénom de l'adhérent: AMRI Zoubida	N° Tél bureau: / /
Nom et Prénom du bénéficiaire: AMRI Zoubida	N° Tél domicile: 0661223402
 Dr. Aïcha AQUAD Ex-Professeur de Cardiologie à la Faculté de Médecine de Rabat Tél: 05 37 67 14 15 - GSM: 06 61 27 91 30	
Je soussigné: M. M. M. Zoubida AMRI	
Estime que l'état de santé de M. M. M. Zoubida AMRI	
Nécessite: /	
Un acte côté à la nomenclature: (préciser le coefficient) /	
* Echographie cardiaque Trans-Thoracique	
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



Dr. Aïcha AOUAD

PROFESSEUR EN CARDIOLOGIE

د. عائشة عواد

أستاذة أمراض القلب والشراب

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 Sigmoides 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)

OREILLETTE 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
Tél.: 05 37 67 14 15 / GSM : 06 61 27 91 30
Dr. AOUAD