

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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'Hindou - 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

## Declaration de Maladie

N° W21-790512

157894

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé Adhérent (e)

Matricule : 4102 Société : MUPRAS/RAT

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MESSAOUDI HOUNAD

Date de naissance : 1940

Adresse : 62 Yacoub el mawwar lot Jebani Rue el Anche

Tél. : 0662 103413

Total des frais engagés : 2500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/03/2023

Nom et prénom du malade : MESSAOUDI HOUNAD Age :

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

Nature de la maladie : Alteration de l'état général

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 : 05/03/2023 Le :

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

Dr. Hamid  
Anesthésiste Réanimateur  
Tél: 05 36 53 20 20  
INPE: 131086951

**MUPRAS**  
13 AVR 2023  
I. BOUZACHANE

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

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

# RELEVÉ 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 canaux, 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 <div style="text-align: center;">             H  <table border="1"> <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 colspan="2">B</td> </tr> </table> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				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

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP : 

--	--	--	--	--	--	--	--

FIN  
D'EXECUTION

MONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D		G
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

NOTE CONFIDENTIELLE  
DU MEDCIN TRAITANT

Nom : ABESSADOU DI HOUMAS

1. Date de la constatations de l'état de malade :

2. Renseignement cliniques sommaires :

patient admis pour convulsions avec  
altération de l'état général.

3. Traitement envisagé et actes :

hospitalisation.

4. Durée prévisible du traitement :

Dr. Hamed Boudia  
Anesthésiste-Réanimateur  
IRFANE Tél : 05 26 53 20 20  
IN : 1553000951

Patente No: 112773191 - INPK-080061500  
Maroc  
Hôpital Al Irfane - Oujda  
Dr. Hamed Boudia  
Signature

IRFANE

Oujda le 04/03/2023



Oujda, le : 04...03...2023

## NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur : **Dr. Hamid HADJI**  
Anesthésiste - Réanimateur

Présenté à M. **BOSSAD** **DR. HOUJAO**  
Tél : 05 36 53 20 20 / Fax : 05 36 53 39 39

Sa note d'honoraires s'élève à la somme de **510 000**

**Arhams**

Pour l'acte **soins de médecine réanimateur**

Et le prie d'agréer l'expression de ces sentiments distingués.





Oujda, le : 04/03/2023

## NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur : .....

Présenté à Mr. M. S. HOUAD

Sa note d'honoraires s'élève à la somme de Trois cent

sinhams

Pour l'acte ..... Av. cardiologique

Et le prie d'agréer l'expression de ces sentiments distingués.



Oujda, le : 24.03.2023

## NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur : .....  
CLINIQUE AL IRFANE  
INPE: 101100907  
en Chirurgie Vasculaire

Présenté à M. Dr. MAHI  
PROFESSEUR (M.D.)  
CHIRURGE EN CHIEF

Sa note d'honoraires s'élève à la somme de Trois cent

As. hems

Pour l'acte Avis chirurgien vasculaire

Et le prie d'agréer l'expression de ces sentiments distingués.

COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

Date d'entrée : 04/03/2023

- Date de sortie : 05/03/2023

Nom et Prénom : HOUMAD MESSAOUDI

Patient HOUMAD MESSAOUDI 83 ans

ATCD :

- BAV implanté de PMK
- Cardiopathie ischémique stentée
- Pneumopathie traitée

Admis à la clinique pour prise en charge d'une convulsion avec altération de l'état général.

L'examen à l'admission : patient conscient mais très altéré, stable sur le plan hémodynamique et respiratoire, extrémités inférieures froides mais pouls Présents

CAT :

- O<sub>2</sub> lunettes
- Monitoring II-TA Scope - SpO<sub>2</sub>
- Avis cardio
- Avis vasculaire
- Avis neurologue : AVCI

Mis sous Depakine ,Lavoxyl

- ☐ ANESTHESIE - REANIMATION
- ☐ CARDIOLOGIE
- ☐ CHIRURGIE GENERALE
- ☐ CHIRURGIE ONCOLOGIQUE
- ☐ CHIRURGIE INFANTILE
- ☐ CHIRURGIE THORACIQUE
- ☐ CHIRURGIE VASCULAIRE
- ☐ ENDOCRINOLOGIE
- ☐ GASTRO - ENTEROLOGIE
- ☐ GYNECO - OBSTETRIQUE
- ☐ MEDECINE GENERALE
- ☐ MEDECINE INTERNE
- ☐ NEUROCHIRURGIE
- ☐ NEUROLOGIE
- ☐ OPHTALMOLOGIE
- ☐ ONCOLOGIE MEDICALE
- ☐ O.R.L- CHIR CERVICO-FACIALE
- ☐ PEDIATRIE - NEONATOLOGIE
- ☐ PNEUMOLOGIE
- ☐ TRAUMATO - ORTHOPEDIE
- ☐ UROLOGIE
- ☐ URGENCES



Facture N° :

FA2300882



080061500

Bénéficiaire : HOUMAD MESSAOUDI

Date d'entrée : 04/03/2023

Date de sortie : 05/03/2023

Désignation	Code (K)	Nbj / Qte	Tarif	Total
séjour		1,00	600	600,00
Médecin traitant		2,00	300	600,00
Avis vasculaire		1,00	300	300,00
Avis cardiologue		1,00	300	300,00
ETT		1,00	700	700,00

Total Facture : 2 500,00

Arrêtée la présente facture et acquittée à la somme de : DEUX MILLE CINQ CENTS DH

Mode règlement : espèces

Règlement effectué à l'ordre de : Clinique AL Irfane

Banque : Caisse Régionale de crédit agricole Oujda

N° Compte : 225.580.00444.1655651.0104.89

ICE : 001710097000060 IF : 14413857

Lot Talhaoui n 232 Rte Al Irfane Oujda 34000, Maroc, Tél. : 05 36 53 20 20 / Fax : 05 36 53 39 54  
PATANTE N° 112773191 - Email : cliniquealirfane@gmail.com



Oujda le 04/03/2023

## **ECHOCARDIOGRAPHIE TRANS-THORACIQUE**

Patient Mr.MESSAOUDI HOUMAD de 83 ans suivi pour BAV avec implantation de PMK DC 2020

CMI sente 110/2022 .AVCI récent avec pneumopathie traitée il y a 15 jrs

SF OMI + DMS

Examen cardio vasculaire : auscultation normale, infiltration sous cutané étendue à la cuisse + froideur des extrémités

**ECG** : REE à 833 bpm


**ETT** : VG dilate à 61 mm en dysfonction systolique

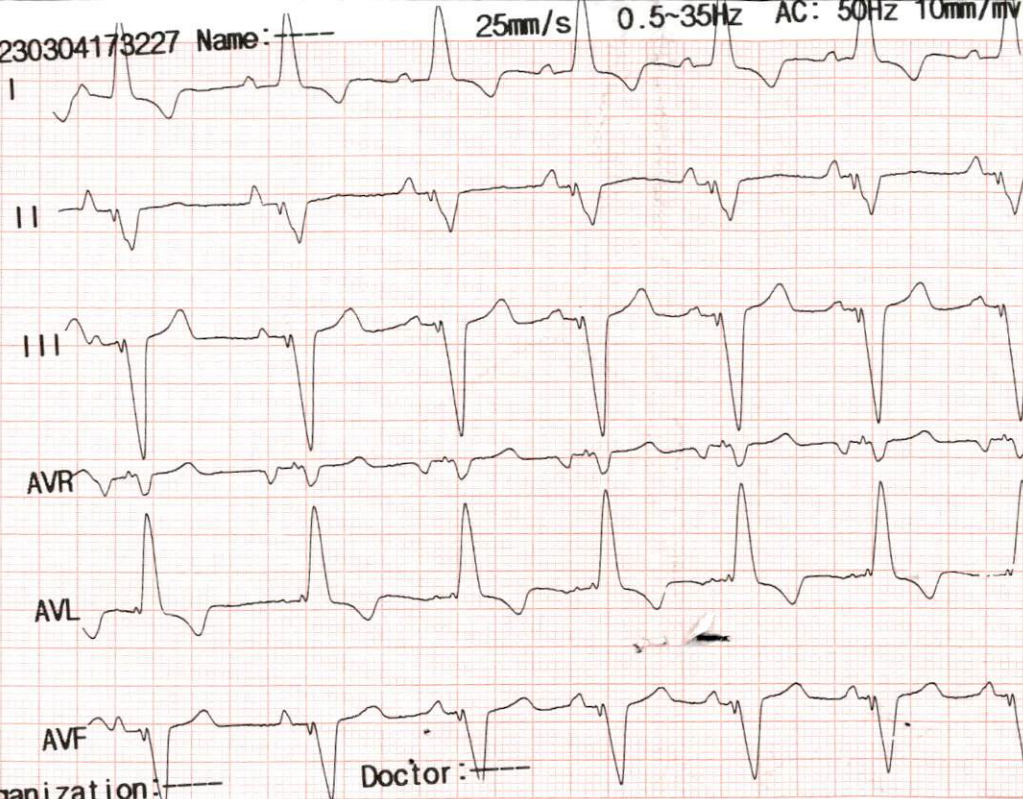
FEVG à 31%, OG de taille limite, Bas VD, pas de valvulopathie, pas D' HTAP, VCP fine .

CLINIQUE AL IRFANE  
Hôpital Al Irfan - Oujda  
Dr. H. Jalloul Mohamed  
Maroc  
N° de téléphone : 080061500  
N° de fax : 080061500  
N° de télécopie : 080061500

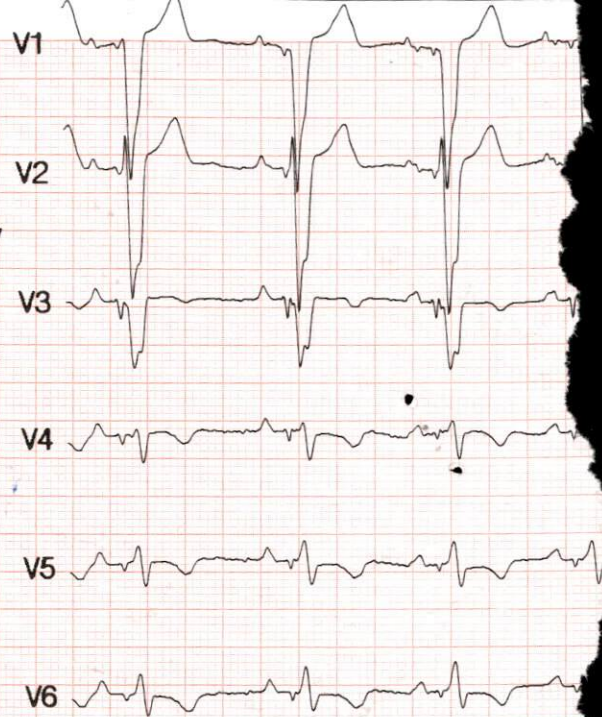
Dr Zakaria BAZID  
Professeur Agrégé  
Spécialiste des Maladies  
Cardiovasculaires  
Cardiologue Interventionnel  
INPE 081172645  
CLINIQUE AL IRFANE

ID: 20230304173227 Name: \_\_\_\_\_ 25mm/s 0.5~35Hz AC: 50Hz 10mm/mv

  
x1mv



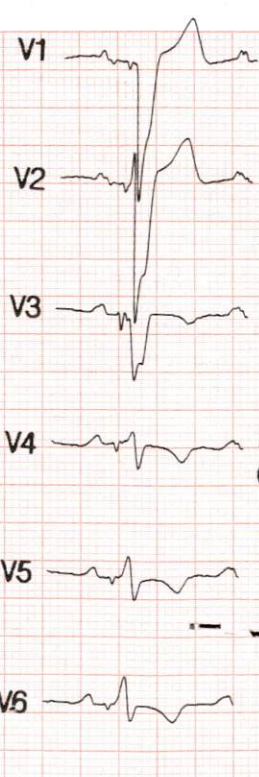
  
x1mv



Organization: \_\_\_\_\_

Doctor: \_\_\_\_\_





ID : 20230304173227  
Name : \_\_\_\_\_  
Sex : Female  
Age : 25  
HR : 83  
R-R : 219  
P-R : 193  
QRS : 132  
QT/QTc : 384/454  
P/QRS/T : 46/-48/123  
RV5/SV1 : 0.298/-1.675 mV  
RV5+SV1 : -1.377 mV  
QTcF : 1.753

001: Sinus Rhythm  
022: SVES

bpm  
ms  
ms  
ms  
ms

Reference Report Confirmed by: \_\_\_\_\_

03-04-2023 17:32:43

AT TUNISIE  
Hôpital Mohamed VI  
Hôpital Ibn el Jazir - Oujda  
Maroc  
INPE: 080061500  
N° 11773191 - INPE: 080061500  
PATENTE  
AL TUNISIE  
03-04-2023 17:32:43