

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie
M23-008272

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2783 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : LAHLEH AHMED
 Date de naissance : 15/08/502
 Adresse :
 Tél. : 0661371414 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 :
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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'H-
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **M23-0008272**

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 :

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

M22- N° 000729

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2783 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LAHOU AHMED

Date de naissance : 28-01-1955

Adresse : 3003 B N° 162 Cité ALHOUDA AGADIR

Tél. : 06 61 37 14 14 Total des frais engagés : 1306,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/03/23

Nom et prénom du malade : A Gahou Jemina Age : 1968

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Cardiopathie

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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 : Agadir Le : 20/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22- N° 000729

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 : 2783

Nom de l'adhérent(e) : LAHOU AHMED

Total des frais engagés : 1306,10

Date de dépôt :

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
20.03.23	C.S.G. F.C.G.		300.00	<p>الدكتور عبد الله ادجار</p> <p>اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين</p> <p>عمارة فلوريدا شقة 24 بومدين الجسور الثاني</p> <p>أحمادير - الهاتف 05 28 82 38 49</p>
	FCO		800.00	
	Cœlum		1100	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE HOUGH</p> <p>Dr. S. HOUGH</p> <p>BOULEVARD N°3 AGADIR</p> <p>Tel: 05 28 32 06 86</p>	20.03.23	246.10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

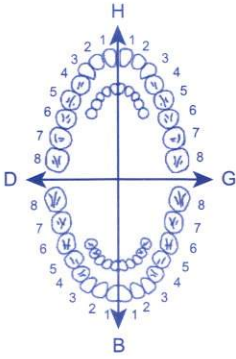
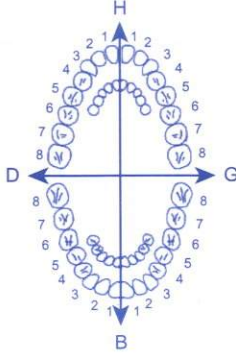
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	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

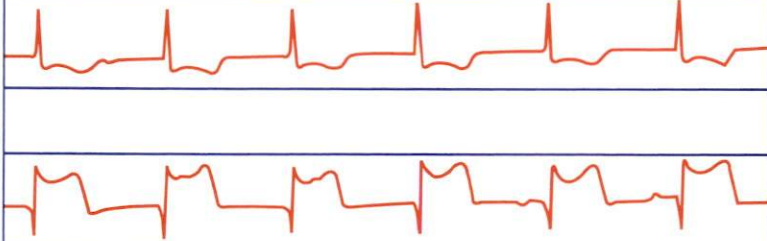
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET DE CARDIOLOGIE

Dr. Abdallah ADJAR

N° 24, Imm. Fleurida Avenue Hassan II
(En face place des Taxis Batoire) Agadir
Tél: 05.28.82.38.49 - GSM: 06.61.53.04.34
E-mail: adjab.card@gmail.com

ELECTROCARDIOGRAMME



Prière de ramener cet examen lors de la prochaine consultation

عيادة أمراض القلب والشرابين

الدكتور عبد الله أديجار

رقم 24 الطابق الثاني عمارة فلوريدا شارع الحسن الثاني
(مقابل محطة الطاكسيات الباطوار) أكادير
الهاتف : 05.28.82.38.49 - الممول : 06.61.53.04.34
البريد الإلكتروني : adjab.card@gmail.com

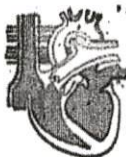
الإسم : AGalio Jemiaa
التاريخ : 20-08-23

الرجو منكم أن تكونوا مرفوقين بنتائج التحاليل عند كل زيارة للعيادة

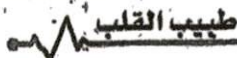
Dr. Abdallah ADJAR



- Diplômé de l'Université de Paris
- Spécialiste des maladies du Cœur et des Vaisseaux
- Ancien Attaché des Hôpitaux de France
- Membre associé de la société Française de cardiologie
- Explorations Cardio-Vasculaires (Adulte et Enfant)



الدكتور عبد الله ادجار



- خريج جامعة باريس بفرنسا
- طبيب متخصص في أمراض القلب والشرايين
- اختصاصي سابق بمستشفيات فرنسا
- عضو الجمعية الفرنسية لأمراض القلب
- فحوص القلب والشرايين

أكادير، في : 23-03-2020 Agadir, le :

NOTE D'HONORAIRES

Je soussigné certifie avoir reçu de (Mme), (Mr), (Melle) :

La somme de : 300.00 + 800.00 = 1100.00

Pour : ☒ Visite Médicale : 200.00

☒ ECG : 100.00

☒ Echodoppler Cardiaque : 800.00

☐ Epreuve D'effort

☐ Holter Tensionnel

☐ Holter Rythmique

☐ Echodoppler Vasculaire :

- Arteriel :

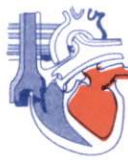
- Veineux :

TOTAL : 1100.00

Arrêtée la facture à la Somme de 1100.00

Signature :

- Diplôme de l'Université de Paris
- Spécialiste des maladies du Cœur et des Vaisseaux
- Ancien Attaché des Hôpitaux de France
- Membre associé de la société Française de cardiologie
- Explorations Cardio-Vasculaires (Adulte et Enfant)



- خريج جامعة باريس بفرنسا
- طبيب متخصص في أمراض القلب والشرايين
- اختصاصي سابق بمستشفيات فرنسا
- عضو الجمعية الفرنسية لأمراض القلب
- فحوص القلب والشرايين

أكادير، في : 20/03/2023

Mr ABALIOU JETIAA =

PHARMACIE HOUCHE
Dr.Soumia HOUCHE
LOT EL HOUDA N° 49 LOCALE N° 3-AGADIR
Tél: 05 28 82 38 49

1/ 59.10 = 0 - 1 - 0

2/ L002 2,5/6,25 = 1 - 0 - 0

3/ VASCO 35 = 1 - 0 - 1

PHARMACIE HOUCHE
Dr.Soumia HOUCHE
LOT EL HOUDA N° 49 LOCALE N° 3-AGADIR
Tél: 05 28 82 38 49

4/ 1/4 up au coucher

QSP 3 mois

69.30

5/ NATISPRAM 0,3

1 applic. au 8/L

216.10

Rendez-Vous le :

الدكتور عبد الله أديجار
اختصاصي في أمراض القلب والشرايين
عمارة فلوريدا شارع الحسن الثاني 24 شلوع الحسن الثاني
أكادير - الهاتف : 05 28 82 38 49

PHARMACIE HOUCHE

Dr.Soumia HOUCHE

LOT EL HOUDA N° 49 LOCALE N° 3-AGADIR

Tél: 05 28 82 38 49

7862160247

118001 101146

5

LODOZ 2,5/6,25 mg.
Comprimés pelliculés B/30

PPV : 59,10 DH

Né le : 24/05/1968

Mme AGALIOU

Fabricants :
Merck Healthcare KGaA Frankfurt Strasse 250 -
64293 Darmstadt - Allemagne

Natispray®
0,30 mg /dose
Trinitrine

NATISPRAY 0,30mg
Solution (18ml)
BOTTU S.A. PPV : 88DH30

6 118001 040148

فاسكورتم®
تريميپزيدين 35 ملغ

VASCOR LM 35mg
60 comprimés pelliculés

87,20

60

قرصا ملبسا
ذو تحرر معدل

Mme AGALIOU JEMIAA
Né le : 24/05/1968

HIA23C21182920

Cabinet de Cardiologie
Dr. Abdallah ADJAR
Imm. Fleurida - Av. Hassan II
Tél./Fax: 05 28 82 38 49 - Agadir

☒ ECHODOPPLER CARDIAQUE

Nom : Agalou

Prénom : Jemina

Medecin demandeur : _____

Date : 20-03-23

الدكتور عبد الله ادجار
اختصاصي في امراض القلب و الشرايين
عمارة فلوريدا شقة 24 شارع الحسن الثاني
أكادير - الهاتف : 05 28 82 38 49

COMPTE RENDU D'ECHO - DOPPLER CARDIAQUE

Nom : AGALION Prénom : JEMIAA Age : 1968
 Date : 20.03.23 Médecin demandeur :
 Contexte Clinique : Bilan de sc
 Visibilité :

	MESURES TM et 2D		NLE ADULTE	MESURES DOPPLER		NLE ADULTE
VD	ø		7-23 mm	<u>MITRALE</u>		
VG	ø TD	<u>57</u>	35-57 mm	Onde E	<u>0,47</u>	0.6-1.3m/s
	ø TS	<u>45</u>	25-41 mm	Onde A	<u>0,7</u>	0.3-0.8m/s
	FR		H ≥ 25% F ≥ 27%	E/V VTI	<u>0,7</u> <u>21</u>	1-2
SIV	Ep D	<u>13</u>	6-8 mm	EO (DT)	<u>180</u>	> 8 cm/s
	Ep S	<u>/</u>	8-11 mm	T.Decel.E		150-220 ms
PP	Ep D	<u>13</u>	6-11 mm	<u>AORTE</u>		
	Ep S	<u>/</u>	9-14 mm	VTI	<u>1,45</u>	>16±3cm
OG	H S	<u>46</u>	H=19-40 mm	vitesse sous AO	<u>40</u>	1-1.5m/sec
	L I		S ≤ 15cm ²	VTI		
OD	S			<u>PULMONAIRE</u>		mmHg
FE	L I			Grad. Proto D	<u>/</u>	PAP
		<u>66</u>	≥ 55%	S/D		>1
				Onde A		<35 cm/s
				Grad. tele D		Pap d
				Ap		
ø SOUS AORT		<u>36</u>	20.37 mm	<u>TRICUSPIDE</u>		PAPs: mmHg
ø AORT			15-26 mm	Gradient IT	<u>/</u>	
ø SIGM				Pression OD		

GRADIENTS (G) ET SURFACES (S).

Gmax	AORTE		Gmax	MITRALE	
Gmoy	S		S	S plan	
	RA Serré Si		RM Serré Si		
	S ≤ 0.7cm ²		S ≤ 1.2cm ²		

Mitrale :

Aorte :

Ventricule gauche : HYPOLINEARITE INF LAT

normal au VG

Oreillette gauche : peu dilaté

Cavités droites : uls

Septum inter-auriculaire : /

Péricarde : sc

Doppler couleur et pulsé :

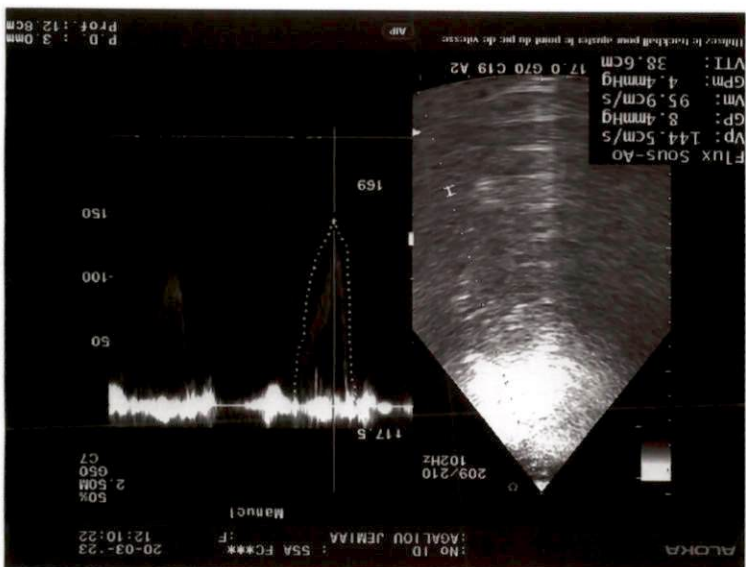
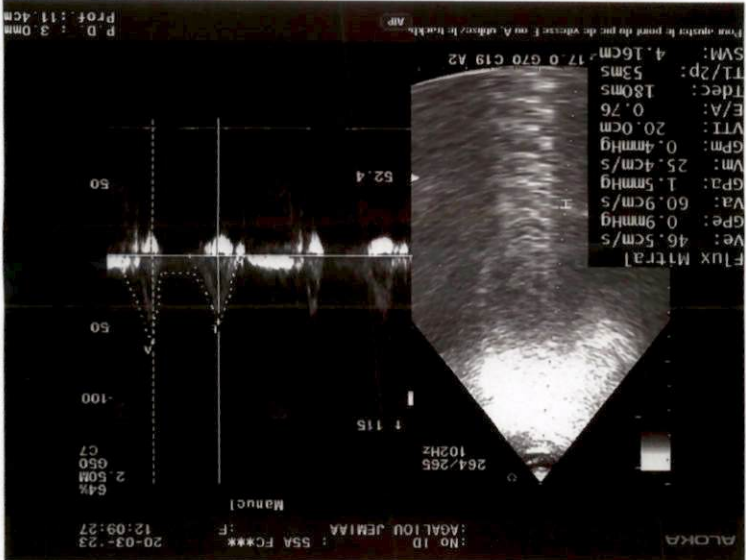
CONCLUSION : CARD ISCH. et HTENSION A

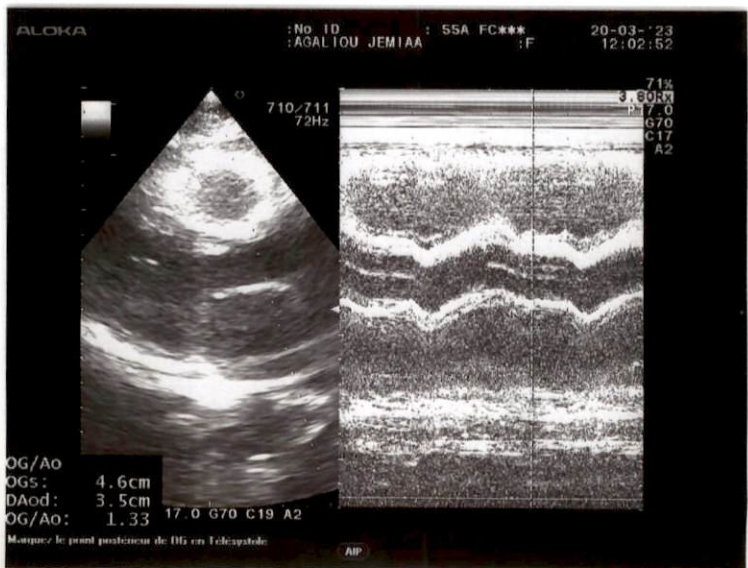
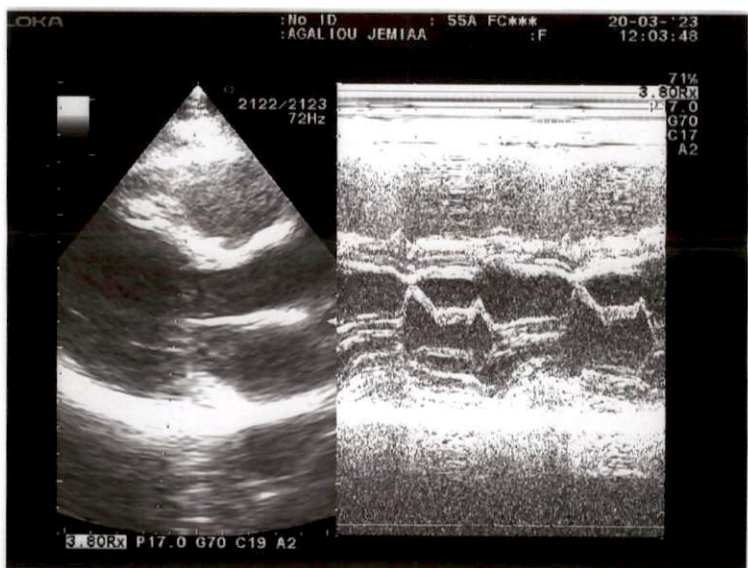
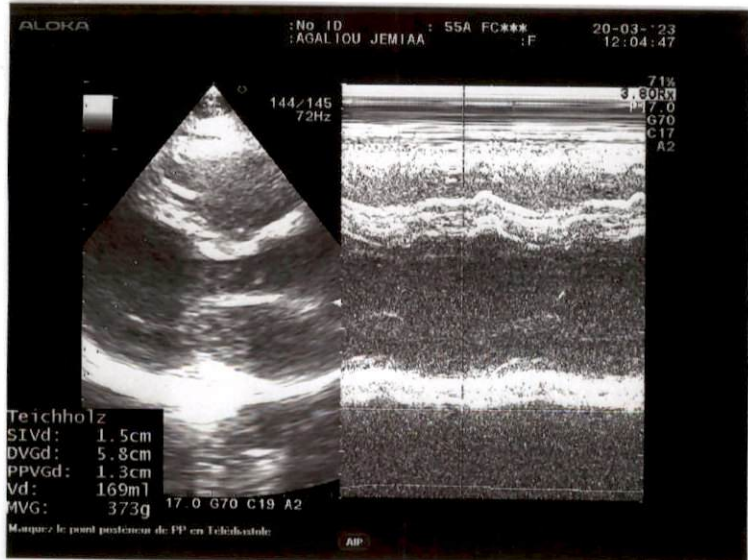
Faible contractilité - Hypokinétiq inf lat.

Ps de valvulopathie significative.

Ps d'ap péricard.

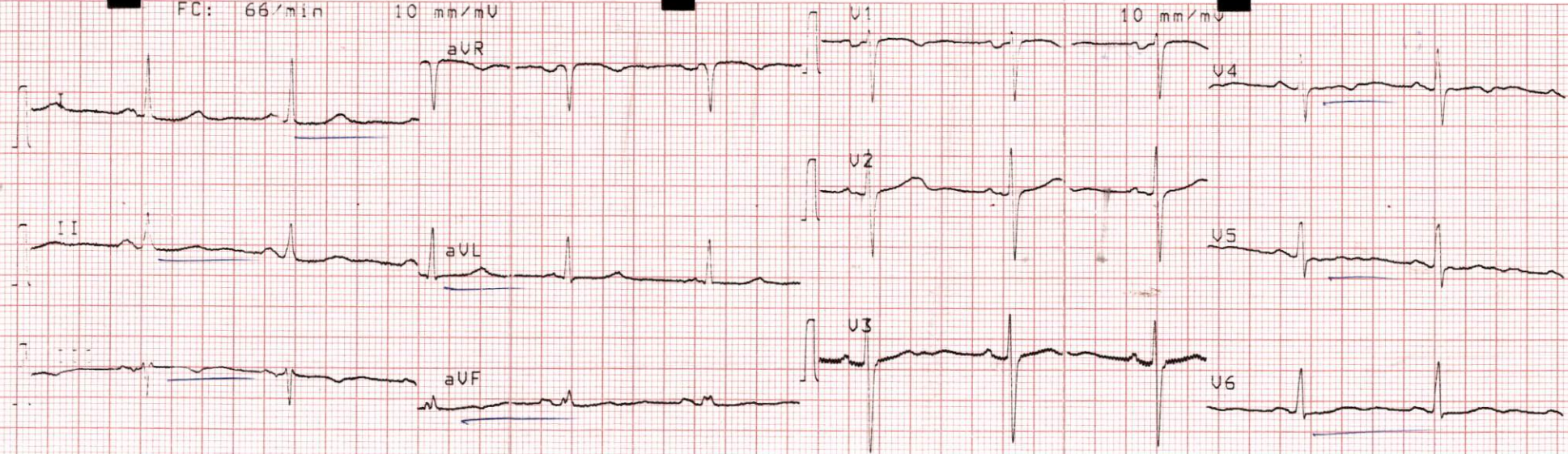
→ Coro. en URGENCE







FC: 66/min 10 mm/mV



0.05-35 Hz F50

10 mm/mV

AT-1 1.9

35.694

Non pat.:

No pat.:

Né:
Age:
Sexe:

Taille:

Poids:

TA: 15/7 mmHg

Méd:

Abalio Jemiaa

FC: 66/min

الدكتور عبد الله ادجار
اختصاصي في امراض القلب والشرابيين
ممارسة فلويد شفا 24 شلوع الحسن الثاني
الطبيب - الهاتف: 05 28 82 38 49

20.03.23

AT-1 1.9