

## 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.



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0018893

167846

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10585 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : K. SSIIBA EL HABIB  
 Date de naissance : 12/09/1963  
 Adresse : Berrechid  
 Tél. : 060458836 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : K. SSIIBA EL HABIB 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) :

### 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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 Reçu des honoraires
7/7/23	CS + ECO		250,00	<b>Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD</b> <b>CARDIOLOGUE</b> 11, Bd Met V, 1 <sup>er</sup> Etage Bureau N°16 BERRICHIO Tél: 05.22.32.83.03-05.22.32.83.33

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	8/7/23	ETT	750

# AUXILIAIRES MEDICAUX

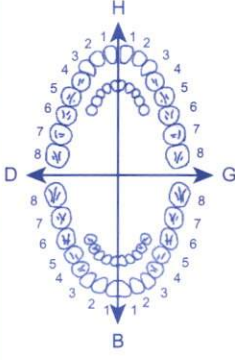
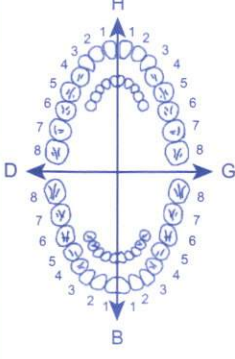
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canalaires, 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																	
				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

# Cabinet de cardiologie

## DR KHADRE Mohamed Fouad

Berrechid, le 8/7/23

### Note d'honoraires

Nous exprimons nos sincères salutations à

Mr/Mme KSSIBA El Habib

lui adresse, selon l'usage, sa note d'honoraires

Echo coeur = 75000 dh

Faisant la somme de

Sept cent cinquante mille

Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD  
CARDIOLOGUE  
11. Bd Med V, 1<sup>er</sup> Etage, Berrechid  
Tel: 05.22.32.83.03-05.22.32.83.33

Cachet et signature



# Dr KHADRE Mohamed Fouad

ECG

Nom kssiba el habib

Sex

Male

Age 60

Clinique N

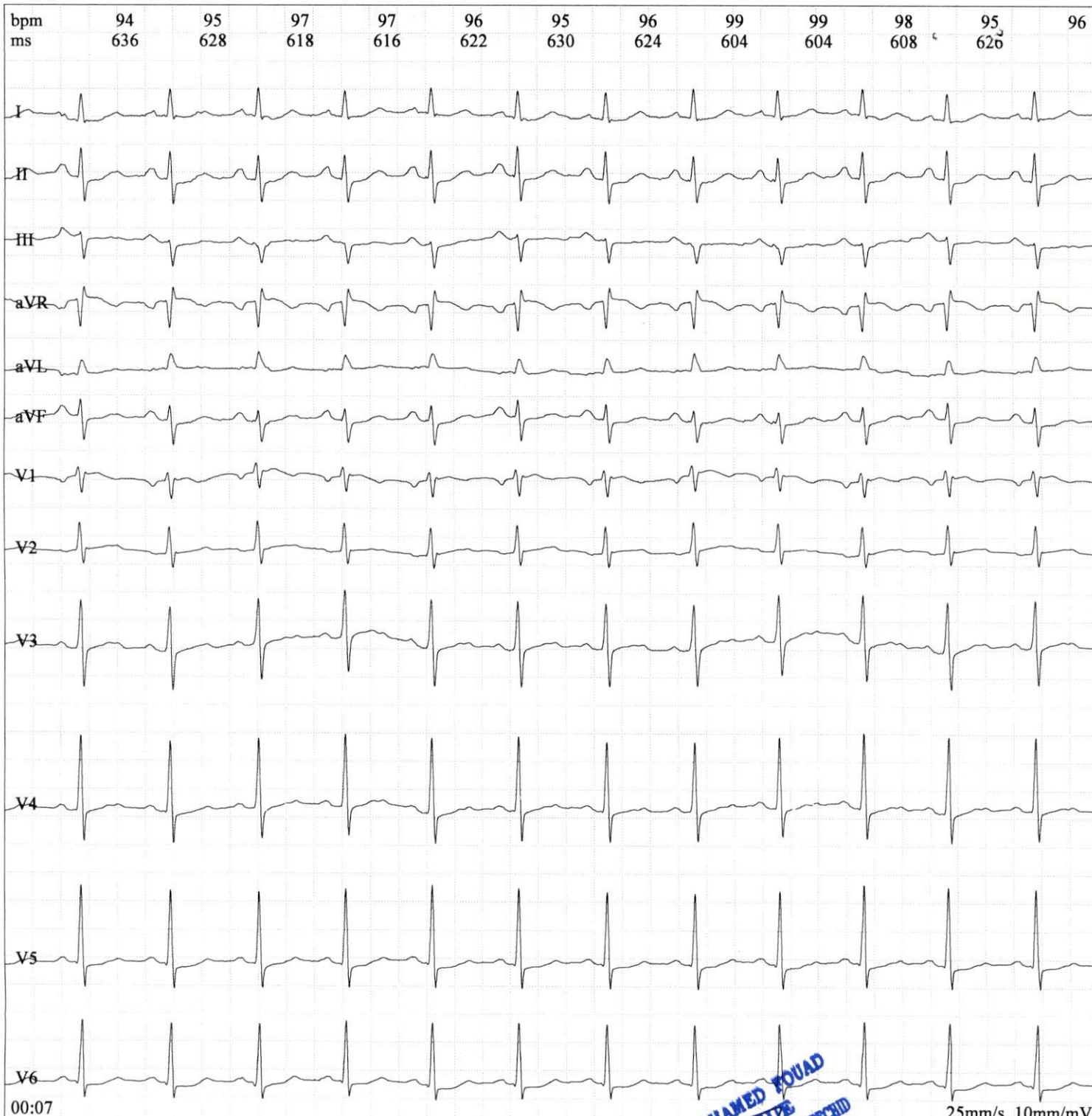
Section

SN 0009757

Case No.

Lit No.

Date 07/07/2023



25mm/s 10mm/mV

Frequency:	1000 Hz	PR Interval:	164 ms
Sample Time:	22 s	QT Interval:	248 ms
HR:	96 bpm	QTc Interval:	314 ms
P Interval:	72 ms	P Axis:	69.67°b
QRS Interval:	66 ms	QRS Axis:	-30.53°b
T Interval:	124 ms	T Axis:	14.77°b

Prompt:

**Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD**  
**CARDIOLOGUE**  
 11, Bd Med V, 1<sup>er</sup> Etage Bureau N°16 BORDJ  
 Tél: 05.22.32.83.03-05.22.32.83.33

Signature Medecin :

**Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD**

Cardiologue Interventionnel

**Cardiologue**

Lauréat de la faculté de médecine de Casablanca

Ancien Médecin à l'hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca

Ancien Médecin praticien à Klinikum Lüdenscheid Allemagne

Diplômé en Echocardiographie Doppler de l'université Bordeaux II



**د. خضر محمد فؤاد**

فحص القلب التداخلي

أخصائي أمراض القلب والشرابيين

خريج كلية الطب بالدار البيضاء

طبيب سابق بمستشفى الشيخ خليفة بالدار البيضاء

طبيب سابق بمستشفى لودنشايد بألمانيا

حاصل على شهادة الفحص بالصدى من جامعة بوردو بفرنسا

### Information patient

Nom : KSSIBA

PRENOM : El Habib

DATE : 08/07/2023

MEDECIN TRAITANT : DR.M.F. KHADRE

## COMPTE RENDU D'ECHOCARDIOGRAPHIE

- VG non dilaté (38mm) , HVG minime concentrique 11/11mm, de bonne contractilité globale et segmentaire FEVG à 65%.
- Profil mitral type anomalie de relaxation  $E / A = 0.7$ , PRVG basses  $E / e' = 7$  .
- Massif auriculaire : OG non dilatée libre d'échos. (SOG à 17cm<sup>2</sup>)  
: OD non dilatée libre d'échos. (SOD à 1cm<sup>2</sup>)
- Valve mitrale, sans fuite, ni sténose.
- Valve aortique, sans fuite, ni sténose.
- Cavités droites non dilatées, Bonne fonction systolique du VD. (TAPSE= 22mm)
- IT minime estimant la PAPS à 19+3=22mmHg.
- VCI à 12mm non dilatée, COMPLIANTE.
- Péricarde sec. , aorte ascendante de taille normale à 32mm n aorte abdominale légèrement dilatée à 23mm

### Conclusion :

cardiopathie hypertensive , Bonne fonction bi-ventriculaire, FEVG à 65 %.

Pas de valvulopathie mitro-aortique significative.

Pas d'HTP.

Signé: Dr. M.F. KHADRE

**Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD**  
**CARDIOLOGUE**  
11, Bd Med V, 1<sup>er</sup> Etage, Bureau N°16 Berrechid  
Tél: 05.22.32.83.03-05.22.32.83.33