

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-773008

172673

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1227

Société :

RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre :

Veuve

Nom & Prénom :

AZOUGH RKIA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

0644251332
0522299454

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

12/12/2023

Nom et prénom du malade :

AZOUGH RKIA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

VAEILLES

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 :

CASABLANCA

Le :

/ /

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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 Paiement des Actes
12/7/13	CS + ECC		3000	[Signature]
25/7/13	Echographie		7000	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
[Signature]	12/7/13	100.00

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
		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 : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DEBUT D'EXECUTION [] FIN D'EXECUTION []														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DATE DU DEVIS [] DATE DE L'EXECUTION []														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	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														

Docteur CHAHID Hafsa
CARDIOLOGUE

**Spécialiste Maladies du Cœur
Et des Vaisseaux**

245, Bd. Reda Guedira (ex.Nil) - Cité Djemaâ
Ben M'sik Sidi Othmane
Casablanca - Tél.: 05 22 37 10 96



الطكتورة شهيد جفصة
إختصاصية

في أمراض القلب والشران

245 ، شارع رضا أكديرة (النيل سابقا) قرية الجماعة
عمالة ابن مسيك سيدي عثمان

الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 37 10 96

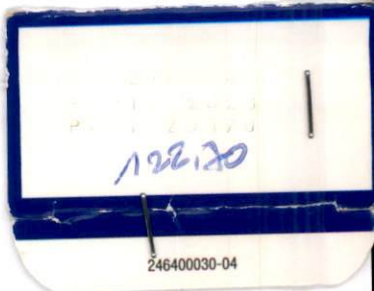
Casablanca Le : 12/7/12 في الدار البيضاء

AZOU GARIN

12470 Regu pen seli

DAFCON 500

1 p x 2



Dr CHAHID HAFSA
Cardiologue
Spécialiste Maladies du Cœur
et Des Vaisseaux
245, Bd. Reda Guedira (ex.Nil) - Cité Djemaâ
Ben M'sik Sidi Othmane
Casablanca - Tél.: 05 22 37 10 96

Docteur CHAHID Hafsa
CARDIOLOGUE

**Spécialiste Maladies du Cœur
Et des Vaisseaux**

245, Bd. Reda Guedira (ex.Nil) - Cité Djemaâ
Ben M'sik Sidi Othmane
Casablanca - Tél.: 05 22 37 10 96



الدكتورة شهيد حفصة
إختصاصية

في أمراض القلب والشراین

245، شارع رضا أكديرة (النيل سابقا) قرية الجماعة

عمالة ابن مسيك سيدي عثمان

الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 37 10 96

Casablanca Le 25/7/2023 **الدار البيضاء في**

A ZOUGH RKIA

Actuance pour Echodoppler
Canchaque ⇒ FOODH

DR CHAHID HAFSA
Spécialiste Maladies du Cœur
245 Bd Reda Guedira (ex Nil) -
Cité Djemaâ Ben M'sik Sidi Othmane
Casablanca - Tél.: 05 22 37 10 96

Le25/7/2023

ECHODOPPLER CARDIAQUE

AZOUGH RKIA

**-Le ventricule gauche est non dilaté 44/28mm, libre de thrombus
Bourrelet septal basal non obstructif .**

Fonction systolique conservée. FE=67%

OG de taille normale 14cm2 libre d'écho. Flux mitral type E/A>1

-Mitrales discrètement remaniées .Absence de RM . Fuite mitrale minime grade I

-Aorte tubulaire peu dilatée 40mm .Sigmoides aortiques discrètement remaniées .

Absence de rétrécissement aortique .Insuffisance aortique minime grade I

-OD non dilatée . Ventricule droit de taille normal de contractilité et fonction systolique conservée S=17m/s .
Absence d'HTAPS

--VCI non dilatée conforme avec la respiration
Absence d'épanchement péricardique

AU TOTAL.

-Insuffisance mitroaortique minime

-Aorte tubulaire peu dilatée

-VG non dilaté, de fonction systolique conservée.

-Pressions de remplissage normales.

-Fonction systolique du VD conservée

Dr. C. J. Du Coudré
Spécialiste en Cardiologie
1000

Cabinet De Cardiologie Dr.CHAHID Hafsa

Date 25/07/2023
Nom AZOUGH, RKIA

Taille
Poids

Image 1

IA Vmax 3.80 m/s
IA GDmax 57.71 mmHg
IA T1/2 537 ms
IA Temps Dec 1852 ms
IA Pento Dec 2.1 m/s²

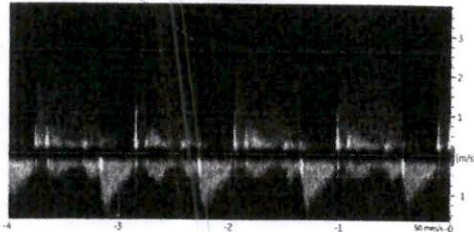
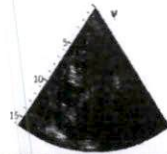


Image 2

VM Vmax 0.71 m/s
VM Vmoy 0.68 m/s
VM GDmax 1.99 mmHg
VM GDmoy 1.05 mmHg
VM ITV 20.5 cm
FC 142 BPM

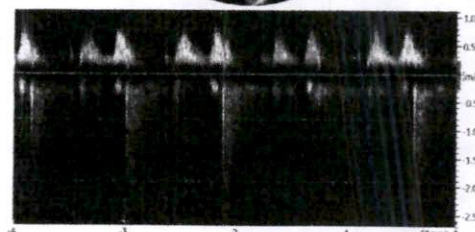
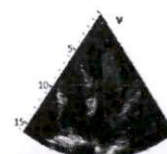


Image 3

v 2.04 m/s
p 16.62 mmHg

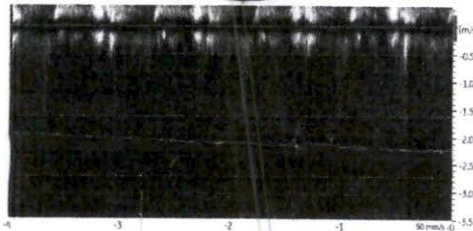
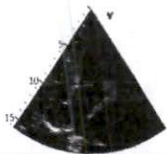


Image 4

v 0.17 m/s
p 0.12 mmHg

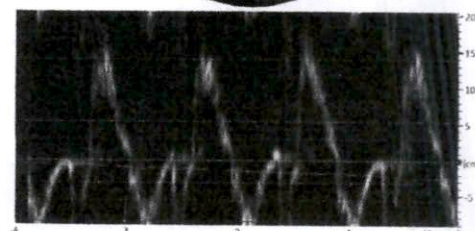
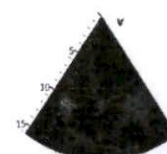


Image 5

SIVd 1.1 cm
SIVs 1.5 cm
VGd 4.4 cm
VGs 2.8 cm
PPVGd 0.9 cm
PPVGs 1.1 cm
VolTD (Teich) 86 ml
VolTS (Teich) 29 ml
FETTeich 67 %
Vejec (teich) 58 ml
FR% 37 %
KWT 0.39

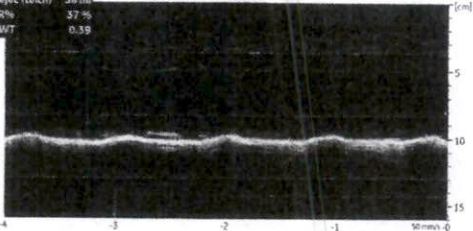
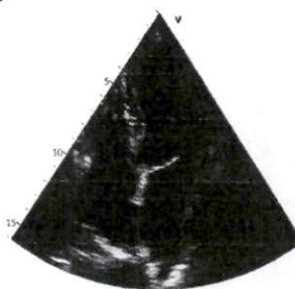


Image 6

OG Surf 14.0 cm²



Print Date: 25/07/2023