

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

M23-0026055

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2430

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

RETRAITE

Nom & Prénom :

SEFIANI MOHAMED

Date de naissance :

6/6/1955

Adresse :

N° 3 IM 81 LOT ATADAMOUN OULFA
CASA

Tél. :

0669794115

Total des frais engagés :

1000,00

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 :

CASA

Le :

24/12/23

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 Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX

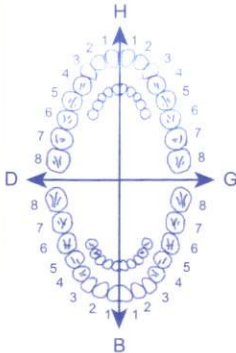
[illegible]

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'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

A diagram of a circular chromosome. A vertical line with an arrow at the top is labeled 'H' and an arrow at the bottom is labeled 'B'. A horizontal line with an arrow at the left is labeled 'D' and an arrow at the right is labeled 'C'. The chromosome is represented by a series of small circles (chromatids) arranged in a circular pattern. The top half of the circle is labeled with numbers 1 through 8 on both sides of the vertical axis. The bottom half is also labeled with numbers 1 through 8 on both sides of the vertical axis. The left half is labeled with letters A through H on both sides of the horizontal axis. The right half is also labeled with letters A through H on both sides of the horizontal axis.

MASTICATOIRE		
H		Coefficient des travaux
25533412 00000000	21433552 00000000	<input type="text"/>
D	G	
00000000 35533411	00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS
B		<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

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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												
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	
	H														
	25533412	21433552													
00000000	00000000														
G															
00000000	00000000														
35533411	11433553														
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession															
Visa et cachet du praticien attestant le devis															
Visa et cachet du praticien attestant l'exécution															

VOLET ADHERENT		NOM : _____	Mle _____
DECLARATION N°		P 17 / 0060463	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



P 17 / 0060463

DATE DE DEPOT

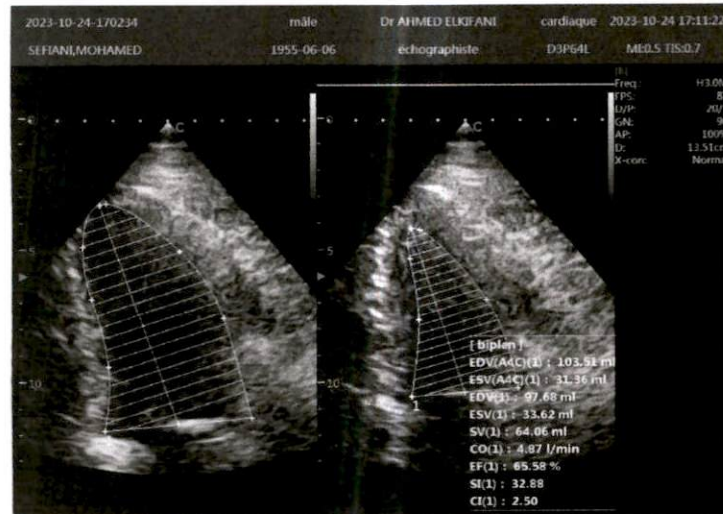
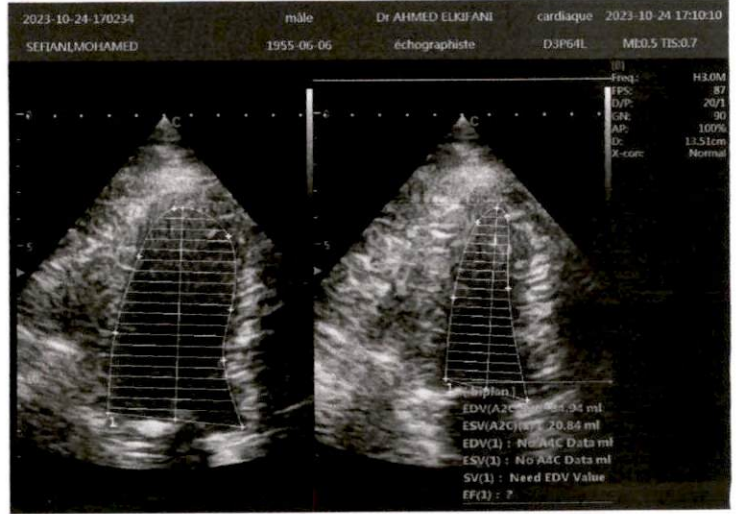
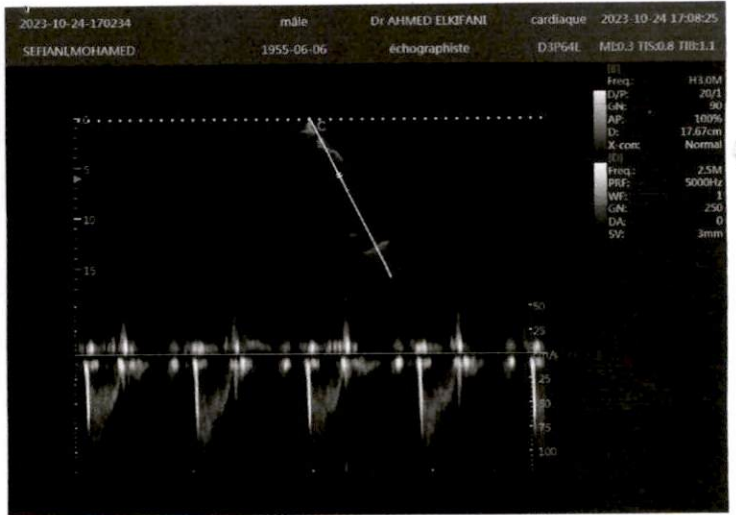
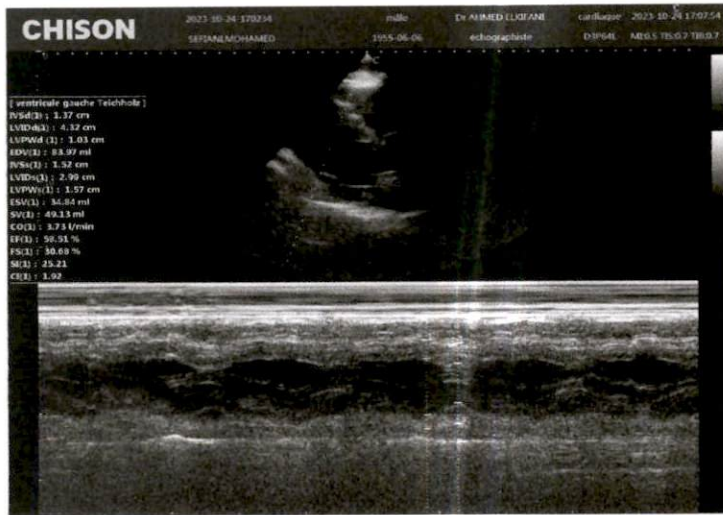
/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 2430
Nom & Prénom SEFIANI MOHAMED		
Fonction RETRAITÉ	Phones 0669794115	
Mail asmarsefiani@gmail.com		
MEDECIN	Prénom du patient MOHAMED	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age 68 ans	Date 24/10/2023
Nature de la maladie Cardiopathie / HTA		Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
Echographie Cardiaque		1000/0
PHARMACIE	Date	
Montant de la facture		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX Date		
Nombre AM PC IM IV		Montant détaillé des Honoraires

DR. EL KIRANDAHMED
 82, Rue de la Méditerranée - Casablanca
 Tél : 05 22 98 72 37
 INPE : 0910566705

Cachet
MUPRAS

CACHET





Dr AHMED ELKIFANI

cardiaque Rapport

Patient ID : 2023-10-24-170234

anniversaire : 1955-06-06

Poids : 85.00 kg

Fréquence cardiaque : 76 bpm

Conclusion diagnostic

Nom : SEFIANI, MOHAMED

séxe : mâle

hauteur : 168.00 cm

RAP : 1 mmHg

âge : 68Y

échographiste :

BSA : 1.948582 m²

Temperature : 37 °C

B Measurements

biplan

EDV(A2C) : ml

EDV(A4C) : 103.51 ml [dernier]

EDV : No A2C Data ml

SV : Need EDV Value ml

EF : ? %

CI : 2.50

ESV(A2C) : ml

ESV(A4C) : 31.36 ml [dernier]

ESV : No A2C Data ml

CO : 4.87 l/min

SI : 32.88

D Measurements

valvule mitrale MV E Velocité

MV E Vel : 62.85 cm/s [dernier]

MV E PG : 1.58 mmHg

valvule mitrale MV A Velocité

MV A Vel : 90.22 cm/s [dernier]

E/A : 0.70

MV A PG : 3.26 mmHg

A/E : 1.44

valvule mitrale MV DecT

MV DecT : 0.21 s [dernier]

valvule mitrale IVRT

IVRT : 0.09 s [dernier]

TDI TV lateral

Sa : 13.22 cm/s [dernier]

TDI MV medial

Sa : 9.50 cm/s [dernier]

E/Ea : 6.62

Aa : -14.37 cm/s [dernier]

Ea : -9.50 cm/s [dernier]

PCWP : mmHg

Ea/Aa : 0.66

M Measurements

ventricule gauche Teichholz

IVSd : 1.37 cm [dernier]

LVPWd : 1.03 cm [dernier]

IVSs : 1.52 cm [dernier]

LVPWs : 1.57 cm [dernier]

SV : 49.13 ml

EF : 58.51 %

SI : 25.21

LVIDd : 4.32 cm [dernier]

EDV : 83.97 ml

LVIDs : 2.99 cm [dernier]

ESV : 34.84 ml

CO : 3.73 l/min

FS : 30.68 %

CI : 1.92

Image échographique:

CABINET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

DR. A. ELKIFANI

PATIENT : M. SEFIANI MOHAMED

DATE : 24/10/2023

MOTIF : coronaropathie stable / HTA

ECHOCARDIOGRAPHIE 2D + TM

Le ventricule gauche : non dilaté (43/30mm). Cinétique pariétale normale. La fonction systolique est normale : FEVG estimée à 65% au biplan. Hypertrophie septale modérée (14mm)

L'oreillette gauche : non dilatée (19cm²)

Les cavités droites : non dilatées. La fonction systolique du VD est normale

L'aorte : dimensions normales et ouverture normale des sigmoïdes.

La valve mitrale : normale. Les valves tricuspide et pulmonaire : normales

Le péricarde : normal ; Pas de thrombus intra cavitaire

La VCI : non dilatée et COMPLIANTE

ETUDE DOPPLER : PULSE, CONTINU et COULEUR

FLUX MITRAL : normal. TDE: 210ms. TRIV : 90ms ; DTI normal

FLUX AORTIQUE : normal

FLUX TRICUSPIDE : normal

FLUX PULMONAIRE : normal

CONCLUSION

Maladie hypertensive et coronaire sans retentissement sur les fonctions ventriculaires gauches systolique et diastolique. Les pressions de remplissage sont normales.

Dr. EL KIFANI Ahmed
CARDIOLOGUE
82, Rue Seumaya Casablanca
Tél.: 05 22 98 72 37
ICE : 001748483000083
INPE : 091056705

Docteur Ahmed ELKIFANI

CARDIOLOGUE

Inscription au CROM : 16331/97

82, rue Soumaya / Bd. Abdelmoumen

Maarif ; Casablanca ; MAROC

Tel : 0522987237/0522252619

Casablanca le : 24.10.2023

PATIENT : SEFIANI MOHAMED

Facture N° :

FACTURE POUR

CONSULTATION +ECG :

ECHODOPPLER CARDIAQUE : 1000,00

ECHODOPPLER VASCULAIRE :

HOLTER TENSIONNEL :

HOLTER ECG (RYTHMIQUE) :

TOTAL = 1000,00

Dr. A. ELKIFANI

Dr. EL KIFANI Ahmed
CARDIOLOGUE
82, Rue Soumaya - Casablanca
Tél. : 05 22 98 72 37
ICE : 001748483000083
INPE : 091056705

IF : 42504628 / ITP : 34772345 / ICE : 001748483000083

INPE : 091056705