

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



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

Déclaration de Maladie

M23-002928

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2289 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DAHER Mustapha

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 66 80 73 76 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ALAMI Mohamed
Professeur en Cardiologie
264 Bd Chahid - Casablanca
Tél : 05 22 39 01 11 / 06 61 15 72 06

Date de consultation : 07 FEV. 2024

Nom et prénom du malade : DAHER MUSTAPHA Age :

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

Nature de la maladie : HTA - Athérome vasculaire

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.

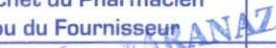
Fait à : Casa Le : 07 / 02 / 2024

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES 1

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
FEV. 2024	CS usuliro		300 DM	
FEV. 2024	Echocardiogramme		1000 DM	

EXECUTION DES ORDONNANCES Tel: 05 22 39 04 12 / 09 9

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/02/2024	1420,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX

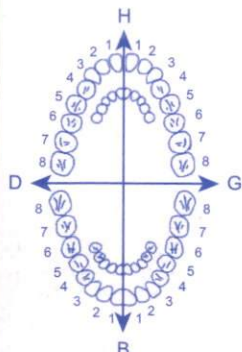
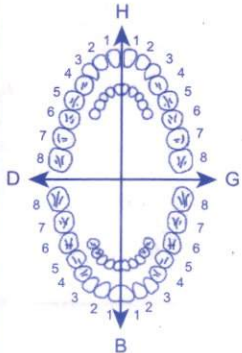
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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	
						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><div>H</div><div><div>D</div><div><div>25533412</div><div>00000000</div></div><div><div>21433552</div><div>00000000</div></div><div>G</div></div><div><div>B</div></div></div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	<div><div>(Création, remont, adjonction)</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>				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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Alami Mohamed
Professeur en Cardiologie
264 Bd Ghandi.
Residence Jawhara
Casablanca 20200

ORDONNANCE

07/02/2024

DAHER MUSTAPHA

3x246⁰⁰
AMLOR PLUS 5/10

1cp /J



4x142⁷⁰
COVERSYL 10

1cp /J



3x27⁷⁰
CARDIOASPIRINE

1cp /J



28⁸⁰
VITANEVRIL

1cp x2/J



20j

PHARMACIE SARANAZ
S.A.R.L. A-U
140 Lot Smirakda Lissasfa
Casablanca
Tél/Fax : 05 22 31 12 06 61 15 78 06

PHARMACIE SARANAZ
S.A.R.L. A-U
140 Lot Smirakda Lissasfa
Casablanca
Tél/Fax : 05 22 31 12 06 61 15 78 06

Dr. ALAMI Mohamed
Professeur en Cardiologie
264 Bd Ghandi - Casablanca
Tél : 05 22 31 12 06 61 15 78 06

3 mty

Docteur Mohamed Alami

Professeur Agrégé en Cardiologie

Spécialiste des Maladies

Du Cœur et des Vaisseaux

PATENTE : 34822560

F A C T U R E A102/24

Mr DAHER MUSTAPHA

07.02.2024

- | | |
|-----------------------------|----------|
| - CONSULTATION CARDIO + ECG | 300DHS |
| - ECHOCARDIOGRAPHIE | 1000 DHS |

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : MILLE TROIS CENT DIRHAMS.


Dr. ALAMI Mohamed
Professeur en Cardiologie
264 Bd Ghandi - Casablanca
Tél : 05 22 39 01 12 / 06 61 15 78 06

AMLOL PLUS 5MG/10MG 30 CPS
P.P.V : 246DH00
6 118001 170777
Ne pas utilisé c'est ouvert

Ne pas utilisé c'est ouvert
PPV 246,00 DH
EXP: 08/2025
LOT: 6N3860

AMLOL PLUS 5MG/10MG 30 CPS
P.P.V : 246DH00
6 118001 170777
Ne pas utilisé c'est ouvert

14270

14270 14270

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

PPV
LOT
PER
28,80

ks

ECHOCARDIOGRAPHIE Mr DAHER MUSTAPHA

Conditions d'examen : Bonnes

07.02.2024

STRUCTURES VALVULAIRES

AORTE : NORMALE

MITRALE : NORMALE

TRICUSPIDE : NORMALE

PULMONAIRE : NORMALE

VENTRICULE DROIT : NORMAL

VENTRICULE GAUCHE : DTD=48mm.

FE= 60 % (méthode de Simpson).

SIV= 10 mm. PP= 9 mm

Contractilité normale

OREILLETTE GAUCHE : NORMALE.

AORTE INITIALE : NORMALE.

PERICARDE : NORMAL

DOPPLER

Couleur RAS,

Pulsé E= 0.77 ; E/A= 1.06

TDI : E/e' < 8 en sept

Continu RAS

CONCLUSION

- Cavités cardiaques de dimensions normales.
- Pressions de remplissage du VG normales.
- Structures valvulaires normales.
- Bonne fonction systolique du VG.

Dr. ALAMI M
Professeur en Cardiologie
264 Rd. G. 1^{er} Etage - Casablanca
Tél. 05 22 55 01 10 66 61 15 78

Images report: 6 images

GE Healthcare Hospital
Ultrasound Laboratory

Name **DAHER, MUSTAPHA**
Patient Id **19169**

Date **07/02/2024**
Sonographer **Default user**
Diagnosis Dr.

Image 1

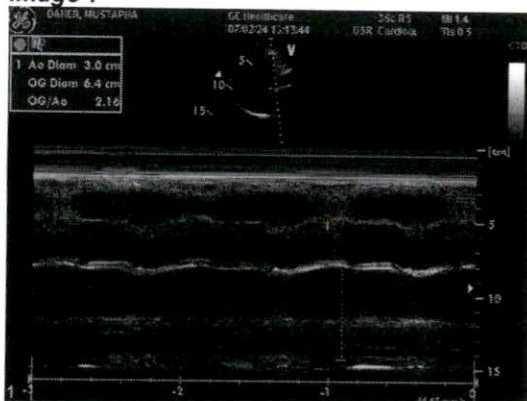


Image 2

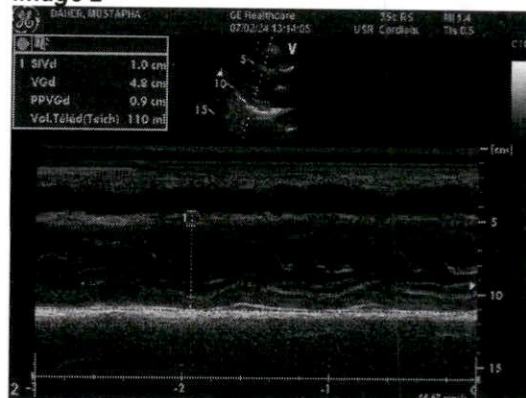


Image 3



Image 4

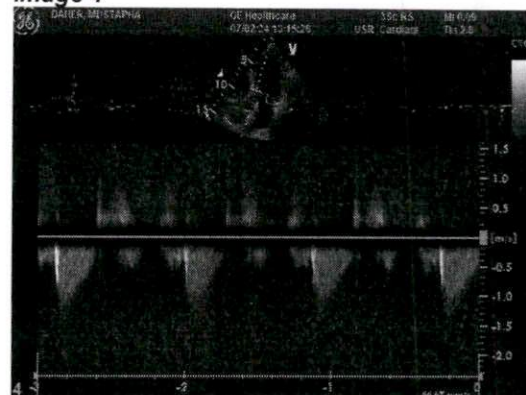


Image 5

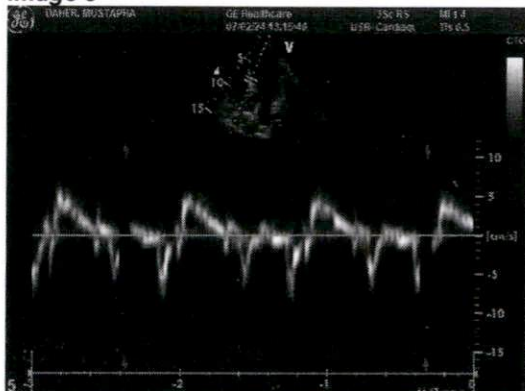
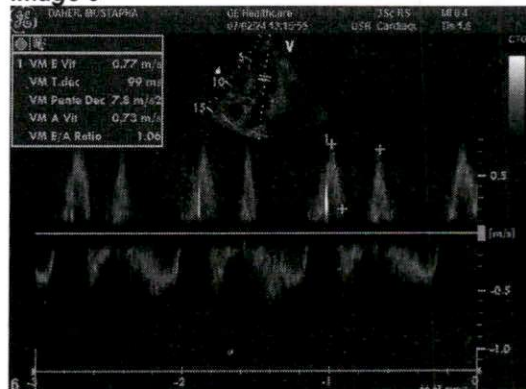


Image 6



Print Date: 2/7/2024