

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

N° W19-597208

57974

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1545 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Benyass Abdelhfid
Date de naissance : 08-03-1954
Adresse : n° 125 Tranche D, Madina EL Jadida
Sidi Othman - Casablanca
Tél : 0662189350 Total des frais engagés : 900,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Hicham AZENDOUR
Professeur en Anesthésie-Réanimation
Polyclinique Internationale
Riad Anakhil - Rabat

Date de consultation : 18-01-2021
Nom et prénom du malade : Mr Benyass Abdelhfid Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : consultation - anasthésie
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 : 25 / 01 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :


Adresses Mails utiles

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


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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 17/12/11 | CS | | GL | INP :  Dr. Hicham Ait El Hajj Professeur en Anesthésie-Réanimation Polyclinique Internationale Rabat - Maroc |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

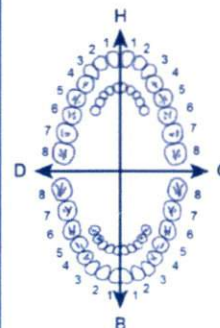
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
|  | 20/01/12 | ELA | 900000 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

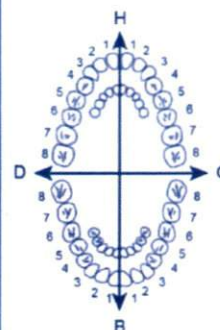
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

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



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

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



MD: 21 A 20 M4 36

Rabat, le :

28/07/2024

BOENY ASS ABDE LHAAD

Caisses

(Echo cardiographie)

petit ch 66 g, petit
Arctos : - Distale de mur
- Arterie pulmonaire
Pulm pour lise = petit
d'un Bstus sur PA
pu Endocardi de se faire A.

Dr. Hicham ZENDOUR
Professeur en Anesthésie-Réanimation
Polyclinique Internationale
Riad Annakhil - Rabat



ملتقى شارع النخيل والطريق الدائري S، حي الرياض - الرباط

Angle Avenue Nakhil et Rocade S, Hay Riad - Rabat

Tél: +212 537 542 000 - Fax: +212 5 37 56 46 47 - Email: contact@pira.ma

Site web: www.pira.ma

NOM DU PATIENT : M. BENYASS ABDELHAFID
DATE DE NAISSANCE : 08/03/1954

Reçu N°: 86722

Paielement du 20/01/2021 11h50

Type

consultation

Montant

900,00 Dh

Type de paiement

Espèce

POLYCLINIQUE INTERNATIONALE
RIAD ANNAKHLIL
Secteur 11 Bloc W N°4 Av. Annakhil
Hay Riad - Rabat
Tél.: +212 537 542 000
E-mail : contact@pira.ma



Compte Rendu d'Échocardiographie Transthoracique

Nom : Benyass

Prénom : Abdelhafid

DDN : 08/03/1954

Indication : prévu pour chirurgie vxaire (mise à
plat d'une fistule sur PFP), coronarien stenté en
2016, diabète sous insuline, artériopathie

Médecin Demandeur : Dr AZENDOUR

Médecin Opérateur : Dr HADDOUR

Date : 20/01/2021

Ventricule gauche :

VG non dilaté, non hypertrophié de bonne fonction systolique

DTDVG=46mm DTS=29mm

SDIV=11mm PP=8mm

FEVG: 67%

Oreillette gauche :

Diamètre: 34mm Volume=37ml

Aorte: TM: 28 mm ; Aorte tubulaire=32mm

Cavités droites:

Ventricule droit non dilaté; TAPSE: 25 mm; Onde S tricuspidale: 12 cm/s.

Oreillette droite : non dilatée

VC: de taille normale, compliante.

Valve Aortique :

-Structure: tricuspidale, sans sténose ni fuite

-Doppler: Vmax : 1.5 m/s

Valve mitrale :

-Structure: echostructure normale, sans sténose

-Surface:

-Doppler: E<A, E/E'moy: 9

Valve tricuspidale : pas d'IT exploitable.

Valve pulmonaire : Vmax: 1.1 m/s,

Péricarde: décollement péricardique minime

Conclusion:

- VG non hypertrophié, non dilaté, de fonction systolique conservée (FEVG à 67 %) ;
- Pressions de remplissage du VG normales
- Oreillette gauche non dilatée libre ;
- Cavités droites de taille normale, VD de bonne fonction systolique
- Décollement péricardique minime

Dr. HADDOUR

Dr. Lata HADDOUR
Professeur en Cardiologie
32, Avenue Taha Ben Ach, Appl. 13
4ème Etage, Mabella Rabat
Tél: 0537 65 65 04 Mob: 06 40 06 05

Angle Avenue Nakhil et Rocade S, Hay Riad - Rabat

Tél : +212 537 542 000 - Fax : +212 537 564 647 - Email : contact@pira.ma

Site Web: www.pira.ma

NOM DU PATIENT : M. BENYASS ABDELHAFID
DATE DE NAISSANCE : 08/03/1954

Reçu N°: 86722

Paiement du 20/01/2021 11h50

| | |
|------------------|--------------|
| Type | consultation |
| Montant | 900,00 Dh |
| Type de paiement | Espèce |

POLYCLINIQUE INTERNATIONALE
RIAD ANNAKHIL
Secteur 11 Bloc W, N° 4, Av. Annakhil
Hay Riad - Rabat
Tél.: +212 537 542 000
E-mail : contact@pira.ma



**Polyclinique
Internationale
Riad Annakhil**



INPE : 100062884

FACTURE N° 202101383

RABAT Le : 28-01-2021

page 1 / 1

Identification

N° Dossier : 21A20114436

N°IPP : 038641/21

Nom & Prénom : M. BENYASS ABDELHAFID

C.I.N. : B725243

Date Naissance : 08-03-1954

Adresse : LOT 125 TRANCHE D MADINA JADIDA

Médecin traitant

DR. HADDOUR LAILA

Organisme : Payant

ICE :

Période d'hospitalisation

Date Entrée : 20-01-2021

Date Sortie : 20-01-2021

Traitement

Consultation

| Prestations | Observation | Qte | Prix U. | L.C. | Coef | Total |
|------------------------------|-------------|-----|---------|------|------|---------------|
| PRESTATIONS | | | | | | |
| ECHO COEUR | | 1 | 900,00 | | | 900,00 |
| Sous Total | | | | | | 900,00 |
| TOTAL PARTIE CLINIQUE | | | | | | 900,00 |
| TOTAL GENERAL | | | | | | 900,00 |

Arrêtée la présente facture à la somme de : NEUF CENTS DIRHAMS

POLYCLINIQUE INTERNATIONALE
RIAD ANNAKHIL
Secteur 11, Bloc W, N°4, Av. Annakhil
Hay Riad - Rabat (13)
Tél.: +212 537 542 000
E-mail : contact@pira.ma