

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

- Reclamation : 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

N° M21- 069509

121739

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4885 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MABROUKI ABDEMMABI

Date de naissance : 04/03/1954

Adresse : 1660, Rue Prince Saint Laurent, H4L 1J1
Montréal, Québec, CANADA

Tél. : 001514 5579644 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Code INPE
141193698

Date de consultation : 01/01/2022

Nom et prénom du malade : MABROUKI ABDEMMABI Age : 68 ans

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

Nature de la maladie : CBU, Arter, COVID

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.

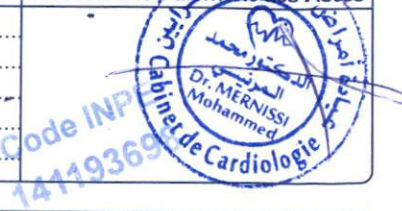
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : le 08/06/2022 Le : 08/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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
08/6/22	CS		300DH	
08/6/22	CH		200DH	

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

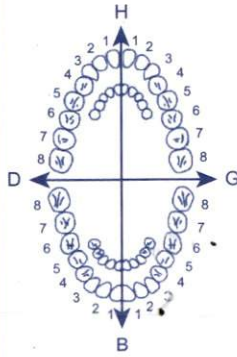
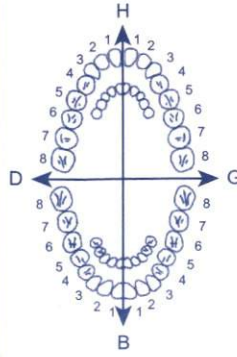
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE <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> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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"/>														
				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



Fès, le : 08/06/2022

ECHOGRAPHIE DOPPLER CARDIAQUE TRANS THORACIQUE

INFORMATIONS PATIENT :

Nom et prénom : Mr MABROUKI ABDENNBI

Age : 68 ans

Indication de l'examen : ATCD COVID

CONCLUSION :

- * VG non dilaté non hypertrophié de bonne fonction systolique et de contractilité homogène FE à 71 %
- * Pressions de remplissage normales
- * OG non dilatée
- * Pas de valvulopathie mitro-aortique significative
- * IT minime ,pas d' HTAP
- * VCI non dilatée compliant
- * Cavités droites non dilatées
- * Péricarde sec

Bureau Al Madina 3, Rue Assilah, Av. des FAR, Atlas (A côté station TOTAL et Brico Smart)
Fès - Maroc
Tél : 05 35 96 02 20 - Fax : 06 66 18 64 21
E-mail : drmernissicardio@gmail.com

Dr. MERNISSI Mohammed

Spécialiste des Maladies Cardio-Vasculaires

Check up Cardiaque
Électrocardiogramme
Echographie Doppler Cardiaque
Echographie Doppler vasculaire
Echographie des Troncs Supra Aortiques
Holter ECG
Holter Tensionnel
Epreuve d'effort

FES LE : 08/06/2022



الدكتور محمد المرنيسي

أخصائي في أمراض القلب و الشرايين

الفحوصات الوقائية و التطوعية للقلب
التخطيط الكهربائي للقلب
فحص القلب و الشرايين بالموجات فوق الصوتية
تخطيط القلب على المدى الطويل
قياس ضغط الدم على المدى الطويل
اختبار الجهد

Client : Mr MABROUKI ABDENNBI

Note d'honoraire

Code INPE
141193698

Désignation	Montant
ECHOGRAPHIE DOPPLER CARDIAQUE	700,00
CONSULTATION	300,00

Total Honoraires en MAD

1 000,00



Fix : 05 35 96 02 20 - Urgence : 06 66 18 64 21 - E-mail : drmernissicardio@gmail.com

رقم 14 الطابق الأول مكاتب المدينة 3، زنقة أصيلة شارع الجيش الملكي الأطلس (قرب محطة البنزين طوطال و بريكوسمارت) - فاس المغرب

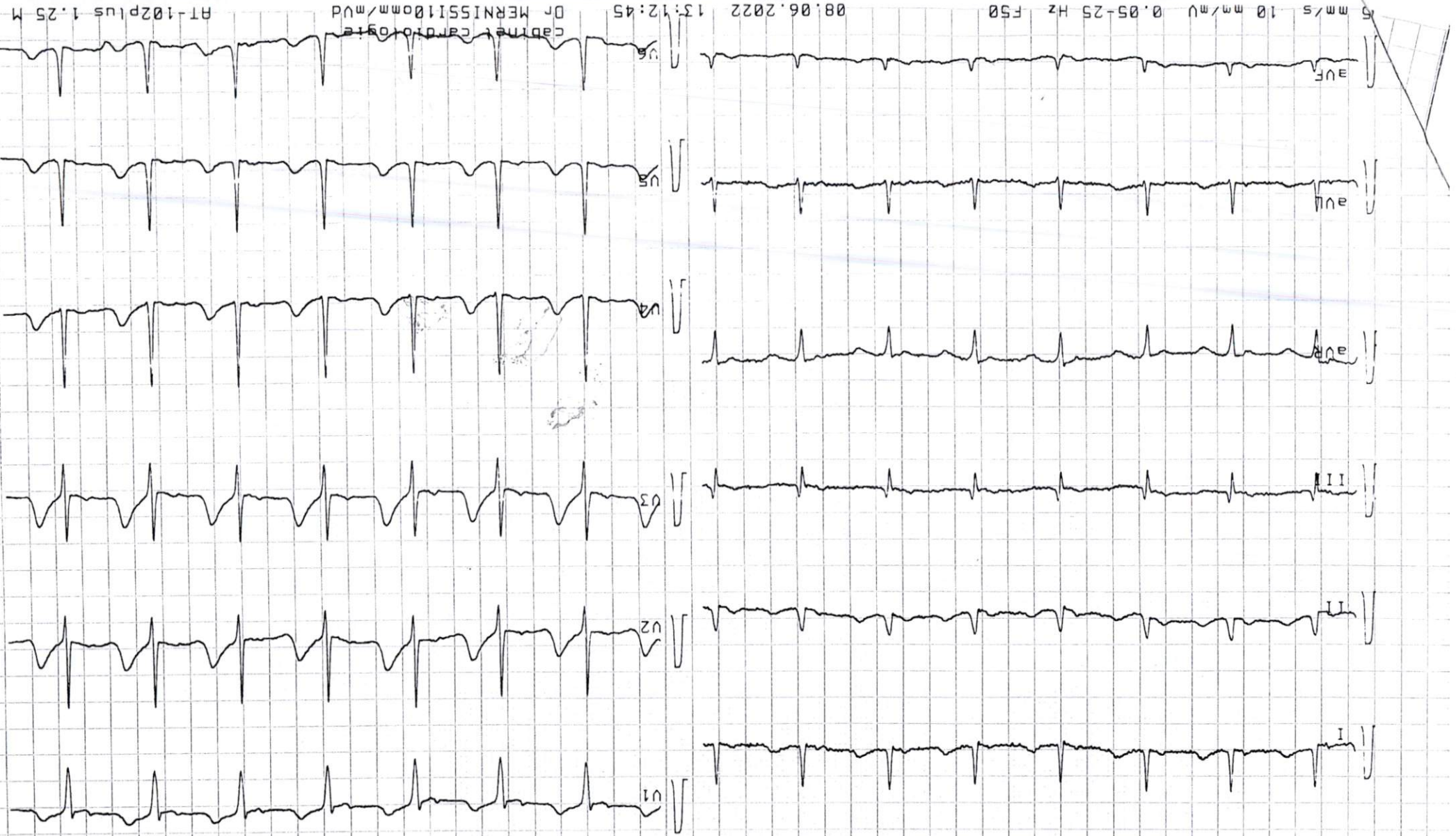
N° 14, 1^{er} Etage, Bureaux Al Madina 3, Rue Assilah, Av. des FAR, Atlas (A côté station TOTAL et Brico Smart) - Fès - MAROC

labrouki
 iddenbi
 Masculin
 Age :
 cm / 85 kg

FC 92/min
 Intervalles
 RR 651 ms
 P 112 ms
 PR 154 ms
 QR5 76 ms
 QT 324 ms
 QTc 405 ms
 (Bazett)

Axes :
 P 41°
 QR5 19°
 T 23°
 P (II) 0.07 mV
 S (V1) -0.90 mV
 R (V5) 1.59 mV
 Sokol. 2.49 mV

Dr. MERMOSSI Mohammed
 CARDIOLOGUE
 Bureaux Al Madina 3, Av. des Far
 Fès - INPE: 141193698





CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS
CARDIO-VASCULAIRE

Dr MERNISSI Mohammed



Compte Rendu d'Echocardiographie

Nom du patient: MABROUKI, ABDENBI	Né(e) le:	Ht:
N° du patient: 12231420220608	Age:	Poids:
Référé par:	Sexe: M	SC:

Ventricule gauche

Diam CCVG	1.8 cm	SIVd (TM)	1.25 cm	DIVGs (TM)	2.50 cm
FE (TM-cube)	79.7 %	DIVGd (TM)	4.25 cm	Masse VG (cube)	175 g
FR (TM-cube)	41.2 %	PPVGd (TM)	1.09 cm		

Ventricule droit

DIVDd (2D)		DIVDd (TM)	1.83 cm
Dist	2.37 cm		

Oreillette gauche

OG/Ao (2D)	0.800
------------	-------

Valve aortique

VA Vmax		Diam racine	4.5 cm	Diam JST Ao	2.93 cm
GP max	14 mmHg	Ao (2D)			
Vmax	190 cm/s				

Valve mitrale

Vit pic E VM

Vit 53.8 cm/s

GP 1 mmHg

Temps décél VM 165 ms

Vit pic A VM

Vit 73.7 cm/s

GP 2 mmHg

E/A VM 0.7

