

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0026882

126695

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3333

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BERRADA ALLAN Khaled

Date de naissance : 11/06/1953

Adresse : 18, Lt HAJ MEHDI OUEZZA CASABLANCA

Tél : 06 15 82 10 63

Total des frais engagés : 1.150,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/07/2022

Nom et prénom du malade : Berrada Allan

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection + ALC

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie : Hépatite chronique

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 : 27/07/2022

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
27/7/2012	Urgence	350		
27/7/2012	Urgence	300		

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

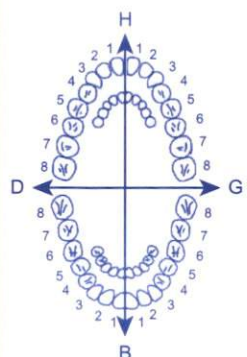
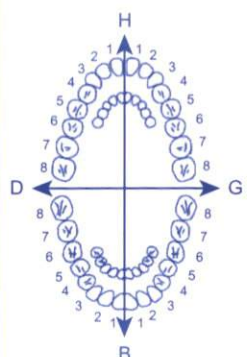
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 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>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		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"/>														
	(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

Docteur Ilham EL BAROUDI
CARDIOLOGUE



- Spécialiste des maladies du cœur & des vaisseaux
- Diplômée de la faculté de médecine de Paris
- Ancien praticien des Hôpitaux de Paris
- Diplômée d'échocardiographie
- Diplômée de cardiologie congénitale et pédiatrique
- Membre de la Société Française de Cardiologie & de la Filiale Echo-doppler
- Membre de la Société Européenne de Cardiologie
- Membre de la Société Francophone de Médecine Psychosomatique

الدكتورة إلهام البارودي

- إختصاصية في أمراض القلب و الشرايين
- خريجة كلية الطب بباريز
- طبيبة ممارسة سابقا بمستشفيات باريز
- دبلوم الفحص بالصدى و الدوبلير
- عضو الجمعية الفرنسية لطب القلب و إيكو- دوبلير

Casablanca le : 27/07/2022

FACTURE

Le docteur EL BAROUDI Ilham, vous remercie pour votre confiance et se permet selon l'usage de vous présenter sa note d'honoraire pour :

La consultation + ECG + L'Echocardiographie Doppler de Monsieur BERRADA ALLAM Khalid qui s'élève à la somme de 1 150 ,00 dhs (Mille cent cinquante Dirhams).

SIGNE DR I. EL BAROUDI

Dr Ilham EL BAROUDI
Cardiologue
38, Bd. Rachidi, Casablanca
Tél: 0522 47 60 00 / 0522 47 60 10
INP 091048355

Cabinet de consultation et d'explorations cardiaques

38, Boulevard Rachidi --- Casablanca ---

Tél: 022 47 60 00 . Fax: 022 47 60 10 . E-mail: elbaroudi.i@wanadoo.net

Docteur Ilham EL BAROUDI

CARDIOLOGUE



الدكتورة إلهام البارودي

- Spécialiste des maladies du cœur & des vaisseaux
- Diplômée de la faculté de médecine de Paris
- Ancien praticien des Hôpitaux de Paris
- Diplômée d'échocardiographie
- Diplômée de cardiologie congénitale et pédiatrique
- Membre de la Société Française de Cardiologie & de la Filiale Echo-doppler
- Membre de la Société Européenne de Cardiologie
- Membre de la Société Francophone de Médecine Psychosomatique

- إختصاصية في أمراض القلب و الشرايين
- خريجة كلية الطب بباريس
- طبية ممارسة سابقا بمستشفيات باريس
- دبلوم الفحص بالصدى و الدوبلير
- عضو الجمعية الفرنسية لطب القلب و إيكو-دوبلير

Casablanca le 27/07/2022

Compte Rendu Echocardiographie
MONSIEUR BERRADA ALLAM KHALID

➤ Mesures : A.O.= 35,7 O.S.= 21,9 O.G.= 34,7 S.O.G.=21
VG : DTD = 50 DTS = 31,6 Sept = 8,1 PP = 10 VD = 30,4
FR = 36,7 % FE = 62,1 % VCI = 14,3

- Commentaires :

- ♥ Aorte initiale non dilatée.
- ♥ Sigmoïdes Aortiques fines d'ouverture normale.
- ♥ Mitrale de structure et mouvement normal.
- ♥ Tricuspidé et pulmonaire = RAS.
- ♥ Pas de dilatation des cavités cardiaques.
- ♥ Bonne contractilité des parois du VG.
- ♥ Bonne fonction ventriculaire gauche globale et segmentaire.
- ♥ Pas d'épanchement péricardique.
- ♥ Pas de thrombose intra cavitaire.
- ♥ VCI non dilatée compliante.

Au Doppler :

Flux mitral :

E < A

V Max E = 0,61 m/s.

V Max A = 0,71 m/s.

Flux Aortique :

* V Max = 1,10 m/s. G P Max = 4,89 mhg

Flux Tricuspidé :

* IT grade 1.

PAP = 23 mhg.

CONCLUSION :

Bonne fonction ventriculaire.
Pas de dilatation des cavités cardiaques.
IT grade 1.
PAP normale.

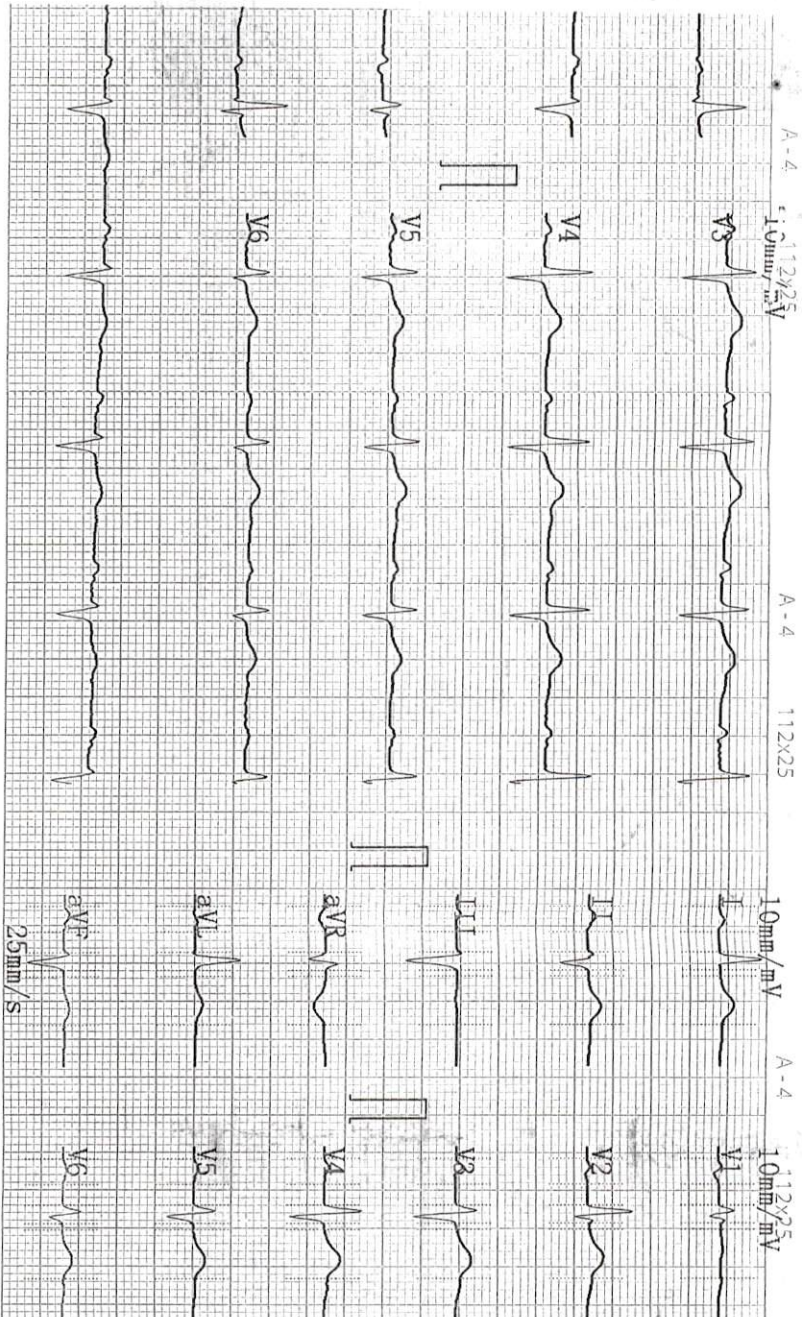
Dr Ilham EL BAROUDI
Cardiologue

38, Bd. Rachidi, Casablanca
Tél. 0522 47 60 00 / 0522 47 60 10
INP 091048355

Cabinet de consultation et d'explorations cardiaques

38, Boulevard Rachidi --- Casablanca ---

Tél: 022 47 60 00 . Fax: 022 47 60 10 . E-mail: elbaroudi.i@wanadoo.net



DR EL BAROUDI
2022-07-27 12:04
112x25

ID: _____ Sex: _____ Age: _____
 Name: _____
 Height: _____ cm Weight: _____ kg SYS/DIA: _____ / _____ mmHg
 FC _____
 Intervalle PR [ms] : 247
 Durée P [ms] : 137
 Durée QRS [ms] : 97
 Durée T [ms] : 257
 QT/QTc [ms] : 387/410
 Axe P/QRS/T [deg] : 38.5/-53.9/15.3
 R(V5)/S(V1) [mV] : 0.27/0.11
 R(V5)+S(V1) [mV] : 0.38
 <<Conclusions>>
 Dévia. ax. gcche sévère.

Le rapport doit être confirmé par un médecin

Médecin _____

