

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.

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

N° W21-681826

131831

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02094

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ABDELGHANI YOUSSEF

Date de naissance : 2-9-55

Adresse : LOTIS AL LAIMOUNET Rm 35 NR 13

CASA

Tél. : 06 19788916

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/10/22

Nom et prénom du malade : ABDELGHANI YOUSSEF

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 :


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
01/10/22	Ecchymose	1	1000 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/10/22	68130

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

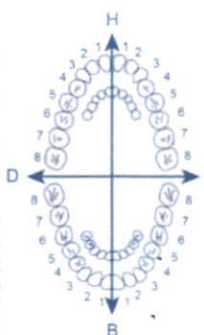
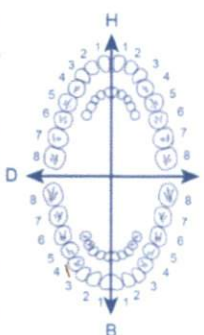
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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	INP : <input type="text"/>														
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<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>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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 ALI EL MAKHLOUF
PROFESSEUR AGREGÉ
CABINET D'EXPLORATION CARDIOVASCULAIRE
ADULTE ET PÉDIATRIQUE

5 RUE MOHAMED ABDOU RESIDENCE LE PARC APPT N°2

CASABLANCA
Tél : 0522298155/59
Email : elmakhlouf@gmail.com

A CASABLANCA Le 01 octobre 2022

Mr ABDELGHANI Youssef

ZYLORIC 100:
1 CP PAR JOUR SANS ARRÊT

EXFORGE 5/80
1 PAR JOUR SANS ARRÊT

D CURE FORT :
1 AMPOULE PAR MOIS X 02 MOIS AU TOTAL 02 AMOULES

Docteur ALI EL MAKHLOUF

PPV: 49,60 DH
LOT: 22C01
EXP: 03/2025

LOT 211759
EXP 07 2025
PPV 46.70 DH



611800103058 3
EXFORGE ○
5mg/80mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 195,00 DH



611800103058 3
EXFORGE ○
5mg/80mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 195,00 DH



611800103058 3
EXFORGE ○
5mg/80mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 195,00 DH

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Méd. Abdouh - Casa

PHARMACIE LAIMOUN SARL AU
466, Lot. Allaymoune Lissasfa
Casablanca - Tél.: 05 22 90 94 94
RC: 381781 - T: 36293297 - IF: 24821866
N°: 00107025000089

EN CAS D'URGENCE APPELEZ LA CLINIQUE JERRADA
0522238181
DR EL MAKHLOUF 0661131483

Mr Youssef ABDELGHANI

CASA 01/10/2022
COMPTE RENDU ECHO-COEUR

DIM.VGTD : 52
DIM.VGTS : 30.4
%RACC. : 41.7
EP.PPVGTD : 9
SIV TD : 9
DIM.RACINE AO : 42
DIM.OG. : 39
OUV.SIGM.AO : 17

COMMENTAIRES :

Oreillette gauche légèrement dilatée à 24 cm²
Fonction ventriculaire gauche normale.
Ventricule gauche de taille normale.
Contractilité segmentaire normale.

MITRALE :

Micro fuite mitrale.
Le rapport E/A < 1 m/s avec l'onde E= 0.76 m/s.

AORTE :

Pas de sténose ni fuite.
La Vmax = 1.32m/s.

TRICUSPIDE :

Insuffisance tricuspидienne grade 1.
La pression artérielle pulmonaire systolique calculée à partir
de l'IT est à mmHg

CONCLUSION :

Micro fuite mitrale.
Oreillette gauche légèrement dilatée à 24 cm²
Fonction ventriculaire gauche normale.
Ventricule gauche de taille normale.
Contractilité segmentaire normale.
Pression artérielle pulmonaire normale

N.B J'ai conseillé Mr ABDELGHANI de prendre AMOXIL 3 g per os
une heure avant les soins dentaires

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5 Rue Mohamed Abdouh - Casa

PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF
Cardiologie adulte et pédiatrique
Explorations Cardio-vasculaires

5 rue Mohamed Abdou
CASABLANCA

Tél. : 05 22 29 81 55/59 ou 05 22 47 26 89

Fax : 05 22 22 62 97

Dom : 05 22 79 85 32

01/10/2022

NOTE D'HONORAIRE

Mr Youssef ABDELGHANI .

Echodoppler cardiaque.....: 1000,00 DHS

La présente facture est arrêtée à la somme de 1000,00 DHS

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdouh - Casa