

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° W21-718022

134573

par courriel

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1922 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL AGAZI MOHAMMED
 Date de naissance : 01/06/1952
 Adresse : HAY AZHAR IMMEUBLE 4 AVENUE IBRAHIM KHATIB
 Tél. : 0535608347 Total des frais engagés : 800,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. SAAD BENNOUNA
CARDIOLOGUE
15, Av. Lalla Meriem-FES
Tél: 05 35 65 33 92 GSM: 06 61 14 85 35

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13 OCT 2022
 Nom et prénom du malade : EL AGAZI Mohammed Age : 70
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HTA
 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 : FES Le : 13/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-718022

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1922
 Nom de l'adhérent(e) : EL AGAZI
 Total des frais engagés : 800,00
 Date de dépôt :

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
13 OCT 2021	Echocardiographie Doppler		800,00	INF : 1410276 Dr. SAËD BENNDJIA CARDIOLOGUE Lalla Meriem-F 02-65M.06.61.14

attestant le Paiement des Actes

INP : 1410276

Dr. SAËD BENNDINA
CARDIOLOGUE
Lalla Meriem-FES
15, Av. Lalla Meriem-FES
Tel.: 05.35.65.33.92 GSM: 06.61.14.45.35

ES

[illegible]

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
		A M	P C	I M	I V	

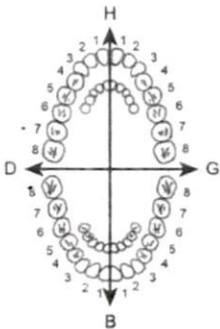
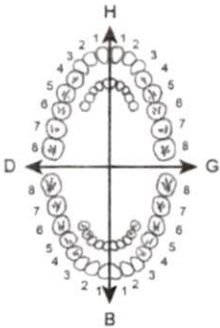
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	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																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP: | | | | | | | | |

11

11/11/2019

10/10/2010

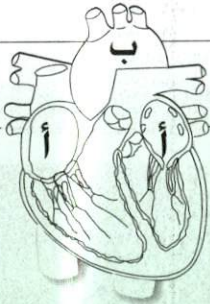
11/11/2016

10/10

11/11/2019

11/11/2017

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الدكتور سعد بنونة

Docteur Saâd BENNOUNA

اختصاصي في أمراض القلب والأوعية الدموية

Cardiologue lauréat de l'université de Rouen

Spécialiste des Maladies du Cœur et des Vaisseaux

خريج كلية الطب بـروان (فرنسا). مجاز في فحص القلب بالصدى والدوبلر

ملحق سابقاً بمستشفيات روان. ملحق سابقاً بالمستشفى الدراسي العسكري محمد الخامس

Diplômé d'Echocardiographie - Doppler (Paris VII)

Explorations Cardiovasculaires.

13/10/2022

Mr EL AZAIZI MOHAMMED

NOTE D'HONORAIRES

Echocardiographie Doppler (K80) : 800,00 DH

Acquittée la présente facture à la somme de :

HUIT CENT DIRHAMS

Dr. SAÂD BENNOUNA
CARDIOLOGUE
15, Av. Lalla Mariam - FES
Tel.: 05.35.65.33.92 - GSM: 06.61.14.45.35

COMPTE-RENDU D'EXAMEN ECHOCARDIOGRAPHIQUE 2D + DOPPLER COULEUR

Nom & Prénom Mr EL AZAIZI MOHAMMED
Age 70 ans.
Date 13/10/2022
Orientation clinique HTA

ETUDE OG + MIT

- REMANIEMENT dégénératif des feuillets mitraux. Jeu valvulaire normale
- OG dilatée 30 cm², libre d'échos anormaux.
- IM grade II faible Flux diastolique mitrale de type restrictif

AORTE

- AORTE non dilatée .remaniement dégénératif des sigmoïdes. Ouverture systolique valvulaire = 15.9 mm
- Gradient VG /AO max = 8.7 mmHg. Moy = 5.2 mmHg
- Absence d'IA

VG

- VENTRICULE gauche non dilaté, importante hypertrophie symétrique hypokinesie inférieur

VG TD = 4.8 cm VG TS = 2.9 cm FR = 40 % FE = 71 %.
SIVS = 2.2 cm SIVD = 1.5 cm PPD = 1 cm

CAVITE DROITE

- OD dilatée 28 cm² .VD de taille normale.
- PAS d'anomalie au niveau des structures valvulaires tricuspides et pulmonaires.
- ABSENCE de décollement périocardique.
- ABSENCE de végétations osleriennes.
- IT de type physiologique

AU TOTAL :

- CARDIOPATHIE ATRIALE DILATATION BIAURICULAIRE SANS THROMBUS VISIBLE IM GRADE II FAIBLE
- IMPORTANTE HYPERTROPHIE SYMETRIQUE PARIETALE DE TYPE HYPERTENSIVE AVEC DISCRETE HYPOKINESIE INFERIEUR.
- FONCTION SYSTOLIQUE CONSERVEE FE = 71 %.
- ABSENCE D'HTAP. VCI PLAT (12 mm)



DONNEES PATIENT

NOM	EL AZAIZI	PRENOM	MOHAMMED
DATE DE NAISSANCE	01 JAN 1952	AGE	70 a
SEXE	M		
BSA			
PRESS SYS		PRESS DIA	
IDENTIFICATION		DATE EXAMEN	13 OCT 2022
NUMERO DE DOSSIER		MEDECIN REFERENT	
OPERATEUR		DIAGNOSTIC	
		DESCRIPTION DE L'EXAMEN	
MEDECIN OPERATEUR		DATE DU RAPPORT	13 OCT 2022

CARDIOLOGIE

[Vitesse absolue utilisée]

MODE B

VOLUME OD (SIMP-M)

SURFACE OD (SIMP-M)	28.23	cm ²	LONGUEUR OD (SIMP-M)	71.1	mm
VOLUME OD (SIMP-M)	85.8	ml			

VOLUME OG (SIMP-M)

SURFACE OG 4C (SIMP-M)	30.34	cm ²	LONGUEUR OG (SIMP)	65.4	mm
VOLUME OG (SIMP-M)	109.5	ml			

DOPPLER

AORTE

ITV VALVE AORTIQUE	32.09	cm	VITESSE MOY VALVE AO	105.6	cm/s
GRAD MOYEN VALVE AO	5.2	mmHg	VITESSE MAX VALVE AO	147.7	cm/s
GRAD MAX VALVE AO	8.7	mmHg			

VALVE MITRALE

VITESSE MAX ONDE E MITRAL	74.2	cm/s	VITESSE MAX A MITRAL	69.5	cm/s
GRAD MAXIMAL E MIT	2.2	mmHg	GRAD MAXIMAL A MIT	1.9	mmHg
RAPPORT E/A MITRALE	1.07				

FUITE TRICUSPIDE

VIT MAX regurg TRIC	190.3	cm/s	PRESS OREILLETTE DROITE	5.0	mmHg
GRAD MAX regurg TRIC	14.5	mmHg	PVDS	19.5	mmHg

ARTERE PULMONAIRE

PRESS ART PULM SYS*	19.5	mmHg			
---------------------	------	------	--	--	--

SURFACE VALVE AO

VITESSE MAX VALVE AO	147.7	cm/s			
----------------------	-------	------	--	--	--

MODE TM

AORTE/OG

DIAM AORTIQUE	36.1	mm	OREILLETTE GAUCHE	44.2	mm
OUVERTURE VALVE AO	15.9	mm			

MESURES VG

EPAISSEUR SIV DIAST	15.6	mm	DIAMETRE TELEDIAST VG	48.4	mm
EPAISSEUR PP DIAST	9.9	mm	EPAISSEUR SIV SYST	22.0	mm
DIAMETRE TELESYST VG	28.9	mm	EPAISSEUR PP SYSTOLE	20.2	mm
FRACTION D'EJECTION	71	%	FRACT RACCOURCI VG	40	%
VOLUME TELEDIAST VG	109.8	ml	VOLUME TELESYST VG	31.9	ml
VOLUME D'EJECTION	77.9	ml	FRACTION RACCOURCI SIV	40	%
FRACTION RACCOURCI PP	103	%	MASSE VG	290	g