

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° W21-778059

47543

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 13259

Matricule : 13259 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Benzekri Dounia

Date de naissance : 27/12/1991

Adresse : 20, Rue Hassan Nakache Bengueli

Tél. : 06 39 10 2882 Total des frais engagés : 1102,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19 01 2023

Nom et prénom du malade : Benzekri Dounia Age : 31

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

Nature de la maladie : Asthme, Fibrillation

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.

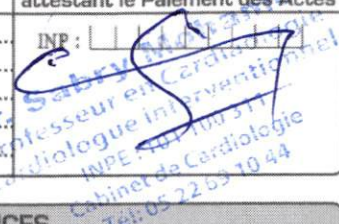
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Le : 25/01/2023

MUPRAS
01 FEB. 2023
ACCUEIL

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
19.01.23	CR		3.00	INP : 
	Echo		8.00	

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

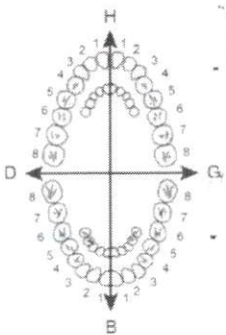
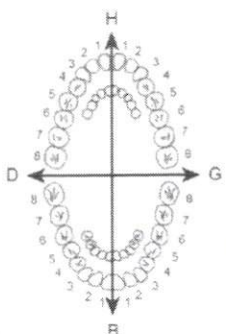
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, 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"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le :19/01/2023
الدار البيضاء، في :

Mme BENZEKRI Dounia

NOTE D'HONORAIRES N° (0680/23)

Désignation	Montant
CONSULTATION+ECG	300,00
ECHOGRAPHIE	800,00
TOTAL	1.100,00

Arrêtée la présente honoraire à la somme de : Somme arrêtée à : un mille cent dirhams

Dr. Sabry Mohamed
Professeur en Cardiologie
cardiologue interventionnel
INPE : 101 100 311
Cabinet de Cardiologie
Tel: 05 22 69 10 44

ICE : 002996783000088 INPE : 101 100 311

Laur la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat

Diplôme de cardiologie interventionnelle de la faculté de médecine René Descartes Paris

Professeur d'enseignement supérieur à la faculté de médecine et de pharmacie à Rabat

Ex Chef de service cardiologie interventionnelle à l'hôpital militaire Mohamed V Rabat

Professeur d'enseignement supérieur vacataire à l'université Mohamed VI des sciences de la santé Casablanca

الدار البيضاء، في : 19/01/2023 Casablanca, le :

ECHOGRAPHIE TRANS-THORACIQUE

Nom et Prénom : Mme BENZEKRI Dounia

Date de l'examen : 19/01/2023

RESULTATS :**Valve mitrale :** Les valves mitrales sont épaissies de bonne ouverture**Sigmoïdes aortiques :** épaissies**Valve tricuspides :** normales**Cavités cardiaques :**

- L'oreillette gauche de taille normale.
- VG non dilaté, non hypertrophié de contractilité normale
- Cavités droites de taille normale
- Veine cave inférieure non dilatée compliant
- péricarde sec

Péricarde sec.

- OG=29mm
- Svd= 8 mm
- VGd=45mm
- PPd= 7mm

Aorte=29mm

Sivs=14mm

VGS=30 mm

FE= 60% (simpson)

Doppler : E mitrale = 0.7 m/s, A mitrale= 0.4 m/s, E/A= 1.4 Pressions de remplissages normales . Vmax Ao = 0.9 m/s. PAPS= 18 mmhg .

CONCLUSION :

- Structures valvulaires épaissies
- Cavités cardiaques de taille et de cinétique normales
- Péricarde sec
- PRVG normales
- PAPS= 18 mmhg

Signé : Pr SABRY

قاعة سلوان 10-11 مركز سامي، شارع ملوية الطابق الثاني رقم 20 الولفة "قرب مستشفى الشيخ خليفة بن زايد"

Lot Selouane 10-11 Sami Centre Rue Melouia 2^{ème} étage N°20 Oulfa "près de l'hôpital cheikh khalifa"

☎ : 05 22 69 10 44 ☐ : 06 61 700 904 ✉ : contact.cabinetdrsabry@gmail.com