

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0006027

148898

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10.153

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Mariam LEBIB

Date de naissance : 06/03/68

Adresse : 38 Rue Allal Ben Abdellah EL maroc

Maroc

Tél. : 06.61.150243 Total des frais engagés : 1259,64 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Pathologie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

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 : Corayt le

Le : 13/12/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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
DROITE	GAUCHE	11 21 22			
12 13 14	23 24 25				
15 16 17	26 27 28				
18 19 20	29 30 31				
32 33 34	35 36 37				
38 39 40	41 42 43				

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux
DROITE	GAUCHE	H		
12 13 14	21 22 23	25533412	21433552	
15 16 17	24 25 26	00000000	00000000	
18 19 20	27 28 29	00000000	00000000	
32 33 34	35 36 37	35533411	11433553	
38 39 40	41 42 43			

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

--	--

VOLET ADHERENT	NOM :	Mme
DECLARATION N°	W18-359626	Cache MUPRAS
Date de Dépôt	Montant engagé	

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mme

Nom & Prénom : *Marrakchi Lhassan*

Fonction : *Marrakchi* Phones : *0662 80 10 73*

Mail : *lhassan.marrakchi@wanadoo.fr*

MEDECIN Prénom du patient : *NARITOUNI BILAL BIR*

Adhérent Conjoint Enfant Age : *54 ans* Date : *13.12.2013*

Nature de la maladie : *HTA*

Date 1ère visite : *13.12.2013*

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<i>C+ECU</i>	-	<i>300 DH</i>
<i>ECTO DOPPLER</i>	-	<i>800 DH</i>

PHARMACIE	Date
	<i>13.12.2013</i>

Montant de la facture : *159.10*

ANALYSES - RADIOPHARIES	Date
-------------------------	------

Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires
------------------------------	---------------------------------

AUXILIAIRES MEDICAUX	Date
----------------------	------

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

Docteur Mouad CRIQUECH

Spécialiste
Maladies du cœur et des vaisseaux



الدكتور معاد كريشك

اختصاصي
في أمراض القلب و الشرايين

M' Marhoun
Lekhbir

/e1312 22

26,00 x 2

Nomathens 50



26,00

35,70 x 32

Alpraz 0,5



0

0

LOT 223658 1
EXP 11 2025
PPV 35.70

LOT 223658 1
EXP 11 2025
PPV 35.70

Docteur Mouad CRIQUECH
Cardiologue
262 Bd Yaâcoub El Mansour Casablanca
Tél : 05 22 94 09 10 GSM : 06 62 80 19 75



Facture

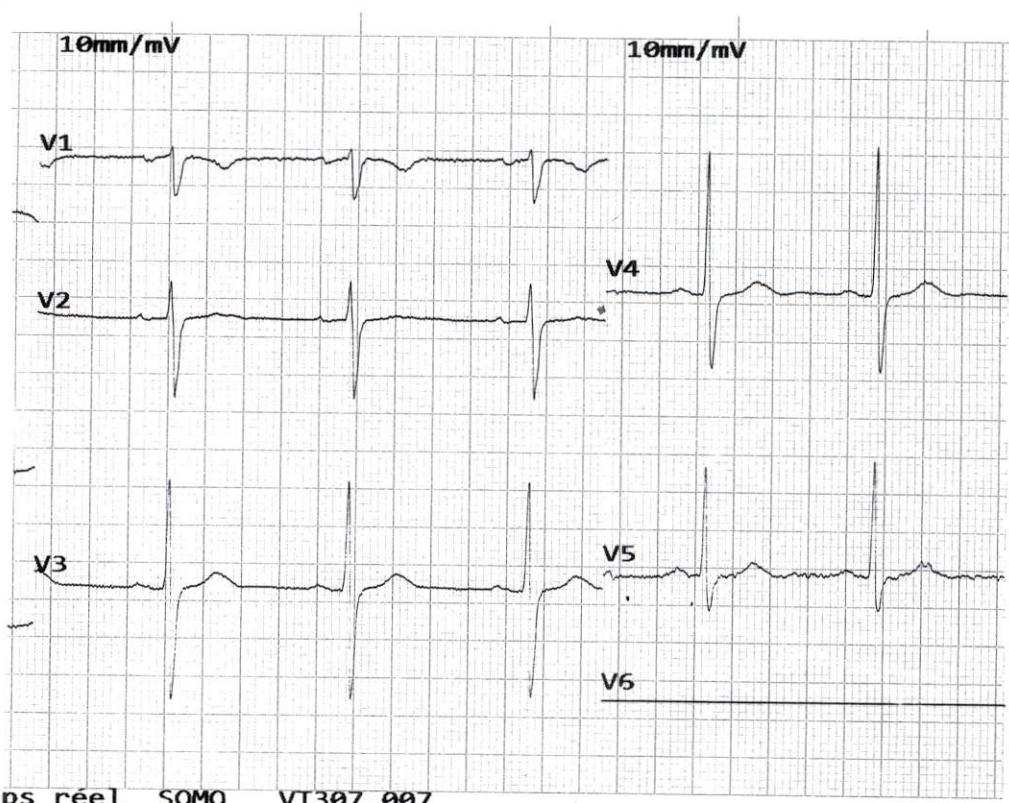
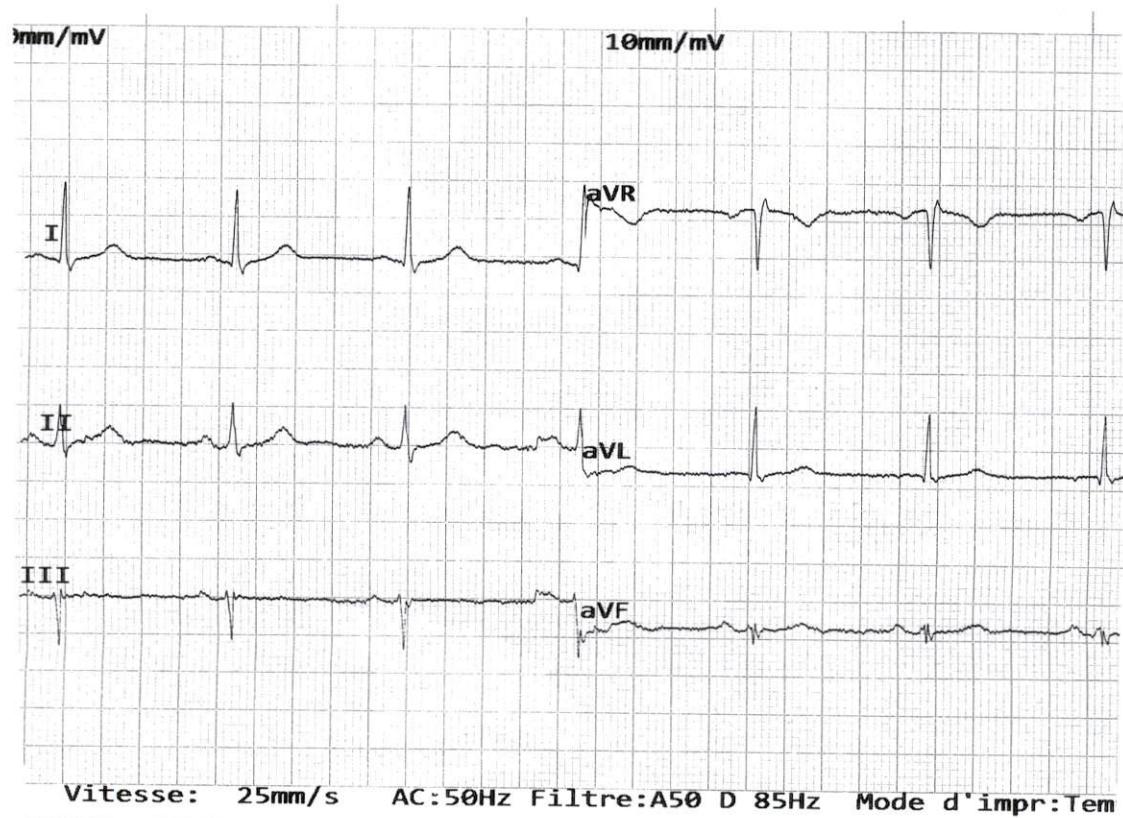
13/12/2022

MARHOUM LEKBIR

Acte	Honoraire
CONSULTATION+ECG	300,00
ECHO DOPPLER COEUR	800,00
TOTAL	1 100,00

Somme arrêtée à : un mille cent dirhams

Docteur Mouad CRIQUECH
Cardiologue
262 Bd Yaâcoub El Mansour Casablanca
Tél : 05 22 94 09 10 - GSM : 06 62 80 19 75



Compte Rendu d'échocardiographie doppler

Nom, Prénoms : Mr MARHOUM LEKBIR

Date : 13/12/2022

Age : 55 an(s)

Valve Mitrale :

Epaisseur :

Calcifications :

ASV :

Mobilité :

Remaniement :

Score de Wilkins :

Gradient OG-VG moy :

Gradient OG-VG max :

Surface Aortique : - planimétrie

- Doppler

Insuffisance mitral : 0

Valve Aortique :

Gradient VAGO max :

Gradient VAGO moy :

Surface Aortique planimétrie :

Insuffisance Aortique : 0

Valve Pulmonaire :

Insuffisance pulmonaire :

Gradient VDAP moy :

Gradient VDAP max :

Valve Tricuspidie :

Insuffisance Tricuspidie :

PAPS : NLE

Surface tricuspidie doppler :

Ventricule Gauche :

VGD : 50 mm

VGS : 29 mm

FR : 43

FE : 73

PPD : 08 mm

PPS : 14 mm

SIVD : 08 mm

SIVS : 14 mm

Ventricule Droit :

DTD : 35 mm

Oreillette Gauche : 40 mm

Aorte : 31 mm

R : 1.31

Flux mitral :

TD : 200 m/s

TRIV :

EV max : 0.37 m/s

AV max : 0.46 m/s

E/A : 0.82

Péricarde :

Décollement postérieur : 0

Décollement antérieur : 0

CONCLUSION :

CARDIOMYOPATHIE HYPERTENSIVE

VG DE TAILLE ET DE FONCTION SYSTOLIQUE NORMALE

TROUBLE DE LA RELAXATION

CINETIQUE SEGMENTAIRE DU VG NORMALE AU REPOS

PAS DE VALVULOAPTHIE

PERICARDE SEC

Docteur Mouad CRIQUECH
Cardiologue
762 Bd Yaakoub El Mansour Casablanca
Tél : 0522 94 09 10 GSM : 06 62 80 19 75

DR. MED. H. W. BÄKHTAR - ALBENIGER UFER
PROFESSOR ALBENIGER BÄKHTAR

12cm