

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.

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


M22- 0006027 *148898*

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

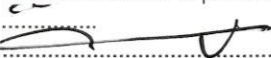
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *10153* Société : *RAM*
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : *Marhoun Lebbir*
 Date de naissance : *06/03/68*
 Adresse : *38 Rue Abou Ishaq EL maroumi Maarif*
 Tél. : *06.61.150243* Total des frais engagés : *#1259,104* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation :/...../..... Age:
 Nom et prénom du malade :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : *Casablanca* Le : *13/12/2023*
 Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Veillez fournir une facture

Veuillez 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	Coefficient des												
					<input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>												
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux												
		<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: right;">D</div> <div style="text-align: center;"> <table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 5px;">25533412</td><td style="border: none; padding: 0 10px;">H</td><td style="padding: 5px;">21433552</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">00000000</td><td style="border: none;"></td><td style="padding: 5px;">00000000</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">00000000</td><td style="border: none;"></td><td style="padding: 5px;">00000000</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">35533411</td><td style="border: none;"></td><td style="padding: 5px;">11433553</td></tr> </table> </div> <div style="text-align: left;">G</div> </div>			25533412	H	21433552	00000000		00000000	00000000		00000000	35533411		11433553	<input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin de <input type="text"/>
25533412	H	21433552															
00000000		00000000															
00000000		00000000															
35533411		11433553															
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession															

<p> 1. <i>What is the purpose of the study?</i> 2. <i>What are the research objectives?</i> 3. <i>What is the research methodology?</i> </p>	<p> 4. <i>What are the results of the study?</i> 5. <i>What are the conclusions of the study?</i> 6. <i>What are the implications of the study?</i> </p>
--	--

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		W18-359626	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
<p>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</p> <p>Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle</p>			



W18-359626

DATE DE DEPOT

DATE DE DEPOT
13 / 12 / 2012

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle
Nom & Prénom <u>Mark - Leber</u>		
Fonction : <u>Manager</u>	Phones	<u>U</u>
Mail		

MEDECIN	Prénom du patient			NARHOUN ELKABIR	
	Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age	54 ans
Date				13.12.22	
Nature de la maladie			Date 1ère visite		
HTA					

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C + ELU	.	300 DH
échographie	.	800 DH

PHARMACIE	Date	13.12.22
Montant de la facture	159.10	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		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 كريش
اختصاصي
في أمراض القلب و الشرايين

M^r Marhoun
Lekbia

1312 22

26,00 x 2

Normatens 50

26,00

26,00
0

35700 x 32
Alpraz



PHARMACIE DE LA MOSQUEE
Dr. NABIL
Rue de l'Atlas - Madinet Casablanca
Tél: 05 22 98 42 33
Docteur en Pharmacie
76, Rue de l'Atlas - Madinet Casablanca
Tél: 05 22 98 42 33

LOT 223658 1
EXP 11 2025
PPV 35.70

LOT 223658 1
EXP 11 2025
PPV 35.70

159.10

Traitement de 3 mois

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

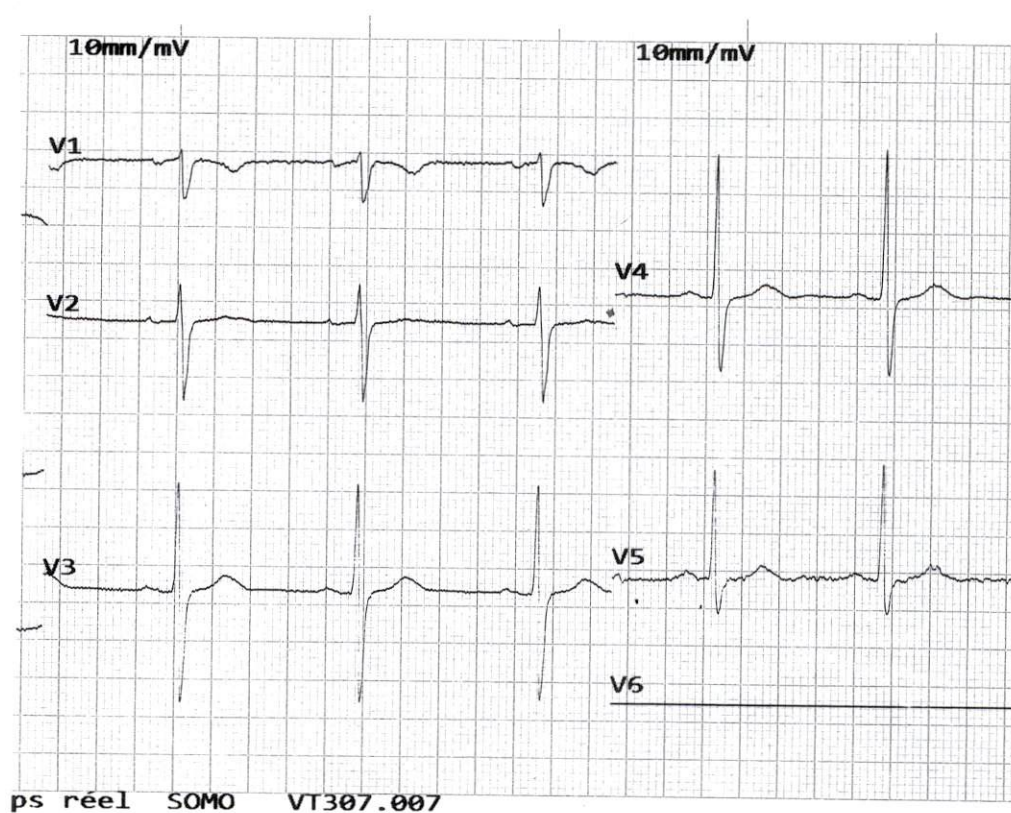
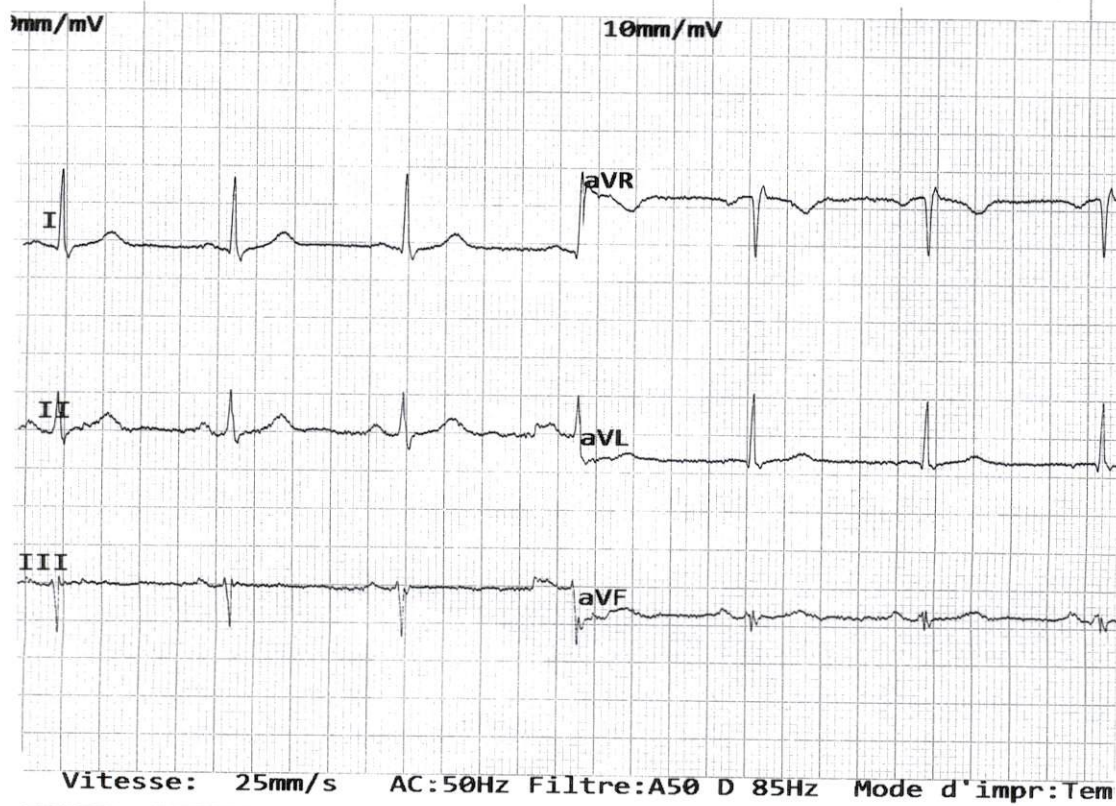
13/12/2022

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 VGO max :

Gradient VGO moy :

Surface Aortique planimétrie :

Insuffisance Aortique : 0

Valve Pulmonaire :

Insuffisance pulmonaire :

Gradient VDAP max :

Gradient VDAP moy :

Valve Tricuspidé :

Insuffisance Tricuspidé :

PAPS : NLE

Surface tricuspidé 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 VALVULOAPATHIE

PERICARDE SEC

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

Professeur Abdelaziz BAKHATAR

2000

Cabinet de Pneumologie - Allergologie

12cm