

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 canalaire, 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 canalaire.

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- 0057758

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6896 Société : ASAS70
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : OUAJIM MUSTAPHA
 Date de naissance : 17.09.1954
 Adresse : 251 LOTISSERIE ALLAL NOUVE
 CASABLANCA
 Tél. : 0661150283 Total des frais engagés : 2393,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 25/04/2023
 Nom et prénom du malade : OUAJIM MUSTAPHA Age :
 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 : 27/04/2023
 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
25 04 2023	CS		3000	DECHOUADI Abdelmalek 50, Rue Hassan II Casablanca Tél: 05 22 44 49 49 / 05 22 44 35

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25 04 23	1093.70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	26/04/2023	voir facture	10000

AUXILIAIRES MEDICAUX

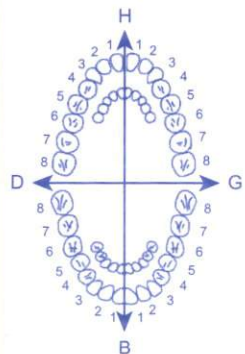
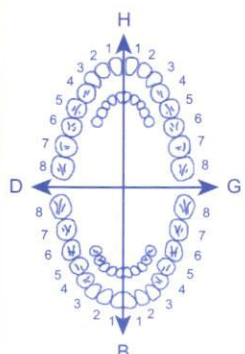
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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"> <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		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

Dr. Abdelkhalek CHOULADI
CARDIOLOGUE

Spécialiste Maladie du Cœur et Vaisseaux
Diplôme de la Faculté de Médecine de Paris
Diplôme de Cardiologie Adulte et Pédiatrique
Ex. Attaché des Hôpitaux de Paris
Diplôme d'Echographie - Doppler Cœur & Vaisseaux



الدكتور عبد الخالق شولادي
طبيب القلب
إختصاصي في أمراض القلب والشرايين
الدورة الدموية وارتفاع الضغط الدموي
خريج كلية الطب بباريس
الكشف بالأمواج ما فوق الصوتية والصدى للقلب

Casablanca le 25.04.2023

3 mm

7 oustims

27.70 x 3

+ Cardiac S.V. = 11

142.70 x 2

+ Cardiac S.V. = 11

41.90 x 2

+ Cardiac S.V. = 11

139.00 x 2

+ Cardiac S.V. = 11

147.10 x 2

+ Cardiac S.V. = 11

34.60 x 2

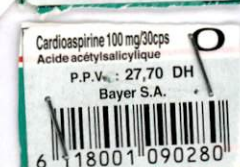
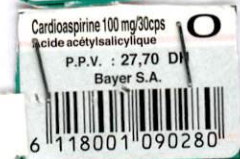
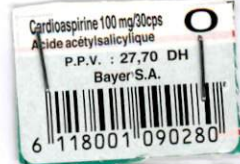
+ Cardiac S.V. = 11

1093.70

Dr. CHOULADI Abdelkhalek
Maladies du Cœur et des Vaisseaux
50, Rue Mostapha El Maani - Darb Omar
Casablanca - Tél: 05 22 44 35 39
Urgence : 06 61 16 22 29

Sur Rendez - Vous موعد

05 22 44 49 49 / 05 22 44 35 39 : الهاتف - الدار البيضاء -
نقطة مصطفى المعاني (مقابل متجر الرياض) - الدار البيضاء -
50, Rue Mostapha El Maani - (en face Centre Riad) - Casablanca - Tél: 05 22 44 35 39 / 05 22 44



Dr. Abdelkhalek CHOULADI
CARDIOLOGUE

Spécialiste Maladie du Cœur et Vaisseaux
Diplôme de la Faculté de Médecine de Paris
Diplôme de Cardiologie Adulte et Pédiatrique
Ex. Attaché des Hôpitaux de Paris

Diplôme d'Echographie - Doppler Cœur & Vaisseaux



الدكتور عبد الخالق شولادي
طبيب القلب

إختصاصي في أمراض القلب والشرايين
الدورة الدموية وارتفاع الضغط الدموي
خريج كلية الطب بباريس
الكشف بالأموح ما فوق الصوتية والصدى للقلب

Casablanca le : 25.04.2013 .

→ ONAXIM Mkh

Sur le Cœur et les vaisseaux
(noter l'EFM post kary)
→ en face Anter de Mx

→ Echographie Anter

Dr. Lazgnet Younés
Radiologue Interventionnel
Tél : 06 53 46 14 03
INPE : 09 12 75 909



Dr. CHOULADI Abdelkhalek
Maladies du Cœur et des Vaisseaux
50, Rue Mostapha El Maani - Derb Omar
Casablanca - Tél.: 05 22 44 35 39
L'annuaire : 06 24 49 49



Sur Rendez - Vous بالموعد

50 زنقة مصطفى المعاني (مقابل متجر الرياض) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 44 49 49 / 05 22 44 35 39
50, Rue Mostapha El Máani - (en face Centre Riad) - Casablanca - Tél : 05 22 44 35 39 / 05 22 44 49 49

CLINIQUE BELLE VILLE

Casablanca , le 26/04/2023

ECHODOPPLER ARTERES MI

PATIENT : OUAKIM MUSTAPHA

OPERATEUR : DR. LAZGUET YOUNES

CORRESPONDANT : Dr. CHOULADI Abdelkhalek

Indication: claudication du membre inférieur gauche.

Résultat:

Axes iliaques perméables de façon bilatérale.

A droite:

AFC: plaque calcifiée irrégulière sans retentissement hémodynamique.

AFP: infiltrée perméable.

AFS: infiltrée tout au long de son trajet notamment au niveau du canal des adducteurs. Flux biphasique.

A poplitée: perméable à flux biphasique.

Artères tibiales antérieure et postérieure bien perméables.

A gauche:

AFC: plaque calcifiée sans retentissement hémodynamique.

AFP: infiltrée, perméable.

AFS: infiltrée perméable dans sa partie proximale puis très infiltrée par des plaques calcifiées dans sa partie moyenne et distale avec amortissement du flux en aval.

A poplitée: infiltré avec un flux amorti.

Artères tibiales antérieure et postérieure infiltrées à flux amorti.

Conclusion:

AFS gauche très infiltrée multi sténosée au niveau du canal des adducteurs avec amortissement du flux en aval.

AFS droite infiltrée perméables.

391, Boulevard Ghandi - Casablanca - Maroc

Signé **DR. LAZGUET YOUNES**

Tél : +212 522 23 30 30 • Fax : +212 522 99 30 26 • GSM : +212 661 333 999

E-mail : cliniquebelleville@cliniquebelleville.com - Site web : www.cliniquebelleville.ma

Patente : 34751012 Identifiant Fiscal : 50560151 CNSS : 2832333 ICE : 002868326000095

RIB : 190780212113658163000371 - Code SWIFT : BCPO MAMC

CLINIQUE BELLE VILLE
CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Patient : M. OUAKIM MUSTAPHA
Séjour : Du 26/04/2023 au 26/04/2023

FACTURE
202302448
Du : 26/04/2023

Etablie par : H. AMINA

Clinique

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
ECHODOPPLER ARTERES MI	1	1 000,00	1 000,00
TOTAL CLINIQUE			1 000,00

Encaissement Compte d'Autrui

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
TOTAL AUTRUI			0,00

Ventes en exonération de la TVA suivant l'article n°91-VI-1° du C.G.I

Arretée la presente facture à la somme de MILLE DIRHAMS

	Patient
Total TTC	1 000,00

Dr. Lazguet Youssef
Radiologue Interventionnel
Tél : 06 55 46 14 03
INPE : 09 12 75 909



CLINIQUE BELLE VILLE

CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Casablanca

BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER 2303400

NOM DU PATIENT M. OUAKIM MUSTAPHA

MÉDECIN TRAITANT CHOULADI ABDELKHALEK

PRISE EN CHARGE PAYANT MUPRAS

NUMERO PRISE EN CHARGE

DATE D'ENTREE 26/04/2023

DATE DE SORTIE 26/04/2023

