

# 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M22- 0048734

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 6081 Société : 168215  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : SAASAA AICHA  
Date de naissance : 15-06-1955  
Adresse : 109 lot Al Fath-1- Sidi Maârouf  
CASA  
Tél : 0658490663 Total des frais engagés : 1400,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/07/2023

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Affection Cardiologique

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 : 13/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

## Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

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
10/07/23	G + ECP		300000	
27/06/2023	Σ		300,00	

# 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
	10/07/23	Echographie	800000

# AUXILIAIRES MEDICAUX

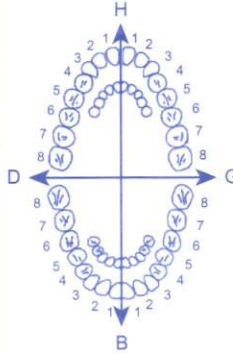
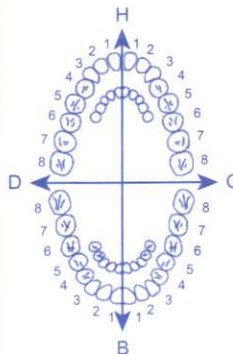
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	PC	IM	IV	

# 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 canalaires, 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																
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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

CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA



090063058

CASABLANCA Le : 27-06-2023

Facture N° 20035/23

A. Identification

N° Dossier : COC23F27101046 N° Identifiant : 034855  
Nom & Prénom : Mme SAASAA AICHA  
C.I.N : B140964  
Adresse : adresse

C. Débiteur page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 27-06-2023  
Date Sortie : 27-06-2023

Médecin traitant : DR . AARAB ADDI

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PARTIE CLINIQUE :						
0,00						
HONORAIRES ANESTHESISTES						
1	DR. AARAB ADDI (ANESTHESIE-REANIMATION)		300,00			300,00
Total Rubrique :						300,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :						300,00
TOTAL GENERAL						300,00

TROIS CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré





**ECHOCARDIOGRAPHIE TRANSTHORACIQUE****Mme AICHA SAASAA****1- VENTRICULE GAUCHE :**

Diamètre télédiastolique : 39 mm

Diamètre télésystolique : 27 mm

Epaisseur septale : 12 mm

Epaisseur paroi postérieure : 12 mm

VG non dilaté hypertrophié à fonction systolique normale sans anomalie de la cinétique pariétale de repos.

FEVG 59 % FR 30 %

**2- OREILLETTE GAUCHE :**Peu dilatée : 41 mm SOG 23 cm<sup>2</sup>**3- VALVE MITRALE :**

Feuillets peu épaissis micro-fuite mitrale sans sténose.

E/A &lt;1

**4- VALVE AORTIQUE :**

Trois sigmoïdes aortiques non calcifiées.

Absence de fuite aortique ou de sténose.

**5- CAVITES DROITES :**VD et OD non dilatés : SOD 13 cm<sup>2</sup>.

Bonne fonction systolique du VD: TAPSE 27 mm S'= 15 cm/s.

Fuite tricuspidiennne et fuite pulmonaire minimales.

VSH et VCI non dilatées.

Absence d'HTAP : PAPS = 17+05 = 22 mmHg

**6- PERICARDE**

Normal.

**CONCLUSION :****ASPECT DE CARDIOMYOPATHIE HYPERTENSIVE AVEC :**

- HYPERTROPHIE VENTRICULAIRE GAUCHE MODEREE NON OBSTRUCTIVE.
- DILATATION MODEREE DE L'OREILLETTE GAUCHE.
- TROUBLE DE LA RELAXATION DIASTOLIQUE DU VG

**BONNE CINETIQUE SEGMENTAIRE ET GLOBALE DU VG.****BONNE FONCTION SYSTOLIQUE DU VG.****MICRO-FUITE MITRALE SUR VALVES PEU EPAISSIES.****FUITE TRICUSPIDIENNE ET FUITE PULMONAIRE MINIMES.****ABSENCE D'HTAP.**

CABINET DE CONSULTATION ET D'EXPLORATION CARDIO-VASCULAIRE

Dr HANANE BOUTKHEMT

CASABLANCA, le 10/07/2023

NOM : AICHA SAASAA

## NOTE D'HONORAIRES

**ECHO-DOPPLER CARDIAQUE..... 800 DH**

---

**TOTAL ..... 800 DH**

Cette note d'honoraire est arrêtée à la somme de huit cent dirhams.





# Dr Hanane BOUTKHEMT

## ECG

Nom : SAASAA AICH&sex : Female

Age : 68Y

Clinique N :

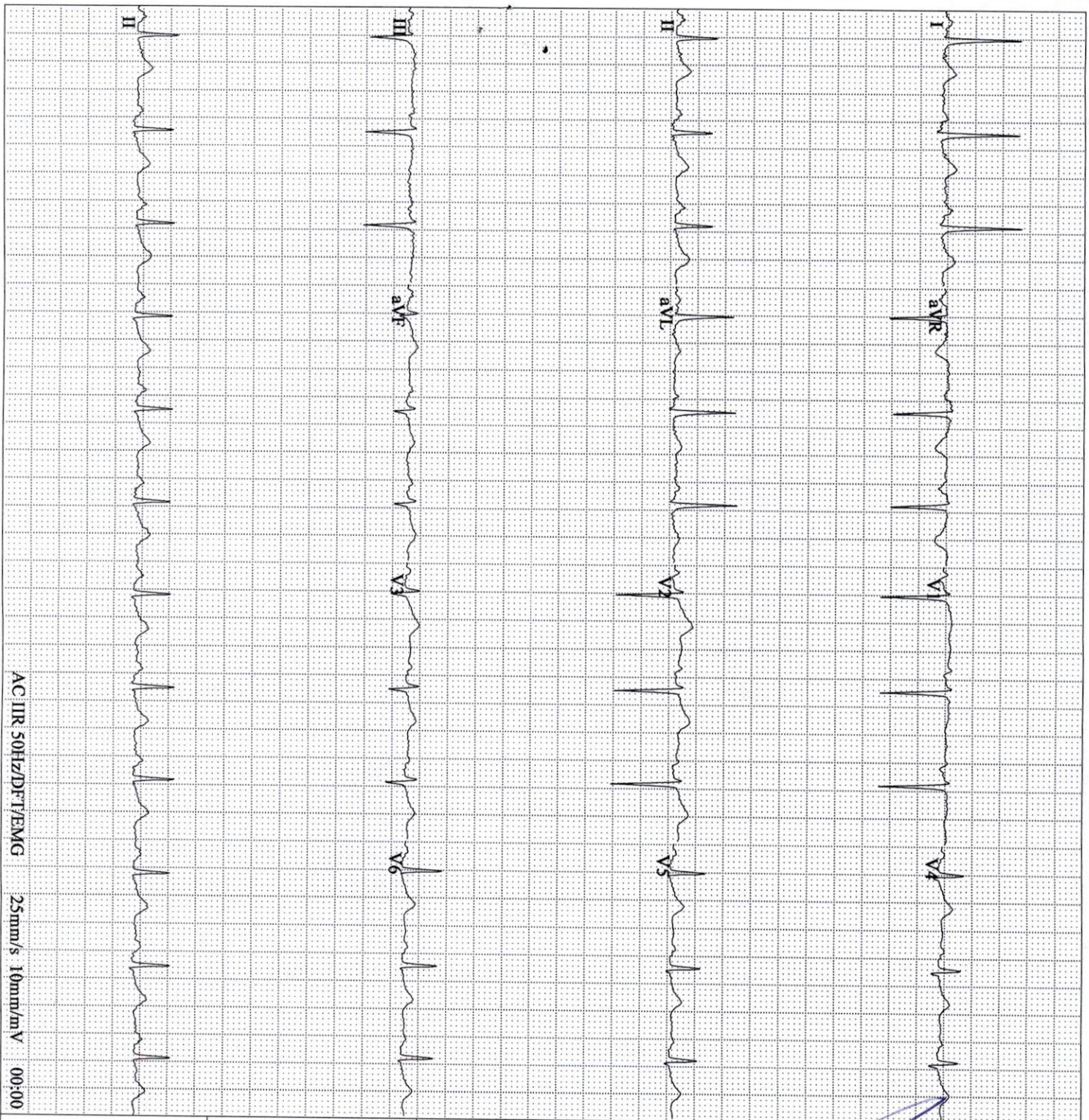
Section :

SN : 0013122

Case No. :

Lit No. :

Date : 10/07/2023 16:32:25



Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	182 ms
Temps d'écha	9s	QT Interval:	364 ms
HR:	89bpm	QTc Interval:	444 ms
P Interval:	127ms	P Axis:	36.40°b
QRS Interval:	77 ms	QRS Axis:	-2.80°b
T Interval:	197 ms	T Axis:	32.50°b

Prompt:



Signature Medecin :