

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

M23- N° 0033536

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10597 Société : RAM 189903
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : NAOURI ABDELJEJID
Date de naissance : 04-05-1953
Adresse : 48, RUE LAGARE L. LAADIRI
BERRECHID
Tél. : 0678519383 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 04/01/2024
Nom et prénom du malade : NAOURI ABDELJEJID Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : ALA
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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
04/01/24	Cs + ECG		250 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie 2000 Docteur Kadi L. Zineb 21 rue Mohammed V - BENRECHID 022-53-30-05	04.01.24	2020,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Pharmacie 2000 Docteur Kadi L. Zineb 21 rue Mohammed V - BENRECHID 022-53-30-05	04.01.24	ETT	750 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

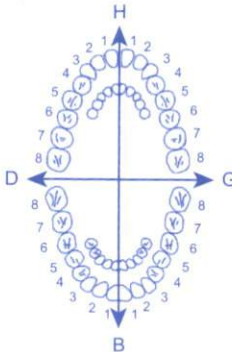
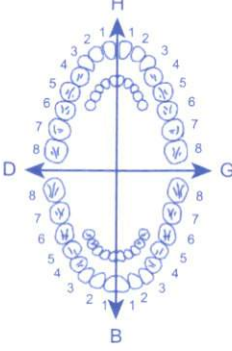
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 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>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	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. Mourad FILALI LEMDERSI

Spécialiste en Cardiologie et Maladies Vasculaires

د. مراد الفيلالي لهدرسى

إختصاصى في أمراض القلب و الشرايين

Mr NAOURI Abdelmejd

Mme/Mr :

04/01/2024

Berrechid le :

• دبلوم التخصص في أمراض

القلب بكلية الطب بتانسي

• دبلوم في الفحص بالصدى

بكلية الطب بتانسي

• دبلوم في أمراض القلب الرياضية

كلية الطب ببريس

• أمراض إيقاع القلب

• طبيب سابقا بمستشفيات فرنسا

• عضو في الجمعية الفرنسية

لأمراض القلب و الشرايين

ARTEMON 5/5

1 cp / j, le matin, pendant 3 mois

JUVATONUS

1 amp / j, le matin, pendant 15 jours

INEXIUM 20

1 cp / j, le soir au coucher, pendant 3 mois

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair benou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg Cpr GR
Boîte 14
640150MP/21NRQ P.P.V: 82,10 dh
6 118001 020591

Prochain rendez-vous : 11/04/2024

* Diplôme d'étude spécialisée
en Cardiologie de la faculté
de Médecine de NANCY

* Diplôme d'échocardiographie
de la faculté de Médecine
de NANCY

* Diplôme de Cardiologie du sport
de la faculté de Médecine de
PARIS

* Rythmologie

* Ancien praticien des Hôpitaux
de France

* Membre de la Société
Française de Cardiologie

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair benou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg Cpr GR
Boîte 14
640150MP/21NRQ P.P.V: 82,10 dh
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair benou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg Cpr GR
Boîte 14
640150MP/21NRQ P.P.V: 82,10 dh
6 118001 020591

Angle Bd Mohamed V et Rue Yacoub El Mansour - Rés Haj Ahmed Berrechid

Entrée B - 1er Etage - N°1 - Berrechid - Tél: 05 22 51 76 61

Email: filali.cardiologie@gmail.com - Gsm Urgence: 06 84 84 15 84

LOT N°:

EXP:

PPV:

154,30

LOT N°:

EXP:

PPV:

154,30

LOT N°:

EXP:

PPV:

154,30

PER	114.00	10 ml
Prix		

glass of water or tea, 3 times per day, preferably in the morning, for 10 days during times of stress or for 10 days to stay in shape. A slight deposit is normal. Shake the vial vigorously before use.
 High caffeine content (14mg/vial).
 not recommended for children under 15 years old and pregnant or nursing mothers.

déconseillé aux enfants de moins de 15 ans et aux femmes enceintes ou allaitantes.

LOT	22462 1025	PER	114.00	10 ml
Prix				

14 mg caffeine

Instructions for use:

Dr. Mourad FILALI LEMDERSI

Spécialiste en Cardiologie et Maladies Vasculaires

- * Diplôme d'étude spécialisée en Cardiologie de la faculté de Médecine de NANCY
- * Diplôme d'échocardiographie de la faculté de Médecine de NANCY
- * Diplôme de Cardiologie du sport de la faculté de Médecine de PARIS
- * Rythmologie
- * Ancien praticien des Hôpitaux de France



FACTURE

N° 001288

د. مراد الفيلالي لهدرسي

إختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

- دبلوم التخصص في أمراض القلب بكلية الطب بنانسي
- دبلوم في الفحص با لصدى بكلية الطب بنانسي
- دبلوم في أمراض القلب الرياضية بكلية الطب بباريس
- أمراض إيقاع القلب
- طبيب ساركا بمستشفيات فرنسا

Mme/Mr : *Mourad Lemdersi* Berrechid le : *04/07/2022*

Consultation : *210 MD*

Echo cardiographie : *710 DB*

Holter ECG : *1*

Holter TA : *1*

Total : *1000 MD*

Arrêtée la présente facture à la somme de : *1111 MD*

Mode de règlement : *cash*

Patente : 40700983 - IF : 37512412 - ICC : 002283173000060

Angle Bd Mohamed V et Rue Yacoub El Mansour - Rés Haj Ahmed Berrechid
Entrée B - 1er Etage - N°1 - Berrechid - Tél: 05 22 51 76 61
Email: filali.cardiologie@gmail.com - *Gsm Urgence: 06 84 84 15 84*

Cardiac report: Short



GE Healthcare Hospital
Ultrasound Laboratory

Name **naouri, abdelmaejd**
Patient Id **NAOURAB_89645**
Age **70**
Birthdate **04/08/1953**
Height
Weight
Sex **Homme**
Date **04/01/2024**
Diagn.Phys.
Counter
Tape
BSA
BP
Site Name **Dr FILALI LEMDERSI**

Image 1

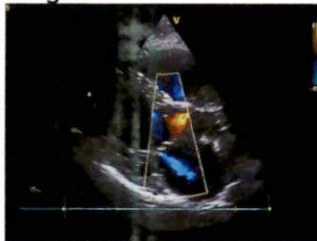


Image 2

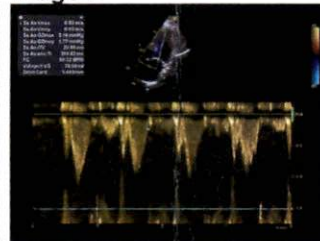


Image 3

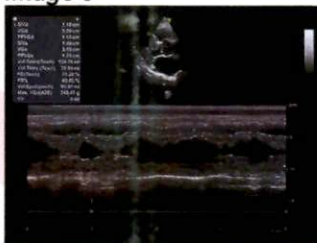
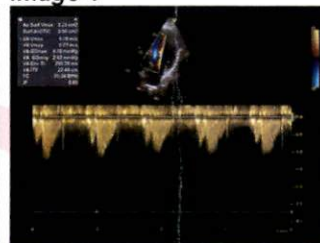


Image 4



2-D

Ss Ao Diam
Ao Asc

2.25 cm
3.48 cm

M-Mode

SIVd 1.14 cm
VGd 5.29 cm
PPVGd 0.99 cm
SIVs 1.33 cm
VGs 3.24 cm
PPVGs 1.59 cm
Vol.Téléd(Teich) 134.88 ml
Vol.Télés.(Teich) 42.25 ml
FE(Teich) 68.68 %
FR% 38.76 %
Vol.Eject.(teich) 92.63 ml
Mas. VGd(ASE) 217.39 g
h/r 0.40

Doppler

VM E Vit 0.42 m/s
VM T.déc 255.34 ms
VM Pente Dec 1.65 m/s²
VM A Vit 0.78 m/s
VM E/A Ratio 0.54
VM PHT 74.05 ms
VM Surf (T1/2) 2.97 cm²
Ss Ao Vmax 0.89 m/s
Ss Ao Vmoy 0.63 m/s
Ss Ao GDmax 3.14 mmHg
Ss Ao GDmoy 1.77 mmHg
Ss Ao env.Ti 319.42 ms
Ss Ao ITV 20.11 cm
FC 68.02 BPM
Vol.eject.VG 79.99 ml
Débit Card. 5.44 l/min
VA Vmax 1.08 m/s
VA Vmoy 0.77 m/s
VA GDmax 4.70 mmHg
VA GDmoy 2.62 mmHg
VA Env.Ti 290.38 ms
VA ITV 22.49 cm
FC 70.34 BPM
IP 0.89
Ao Surf Vmax 3.25 cm²
Surf.Ao(ITV) 3.56 cm²

Print Date: 04/01/2024

Angle Bd Mohamed V et Rue Yacoub El Mansour - Rés Haj Ahmed Berrechid

Entrée B - 1er Etage - N°1 - Berrechid - Tél: 05 22 51 76 61

Email: filali.cardiologie@gmail.com - **Gsm Urgence: 06 84 84 15 84**