

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

- 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.



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

Déclaration de Maladie

W21-843113

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2647 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RHAREF - EL MOSTAFA

Date de naissance : 03/NOV/1957

Adresse : 301 BD. GHANOU N° 09

RIVIERA - CASAH-MARRIF

Tél. : 066189851 Total des frais engagés : 1774,00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/11/2019

Nom et prénom du malade : IMARBOURA - SUM Age: 64

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

Nature de la maladie : CARDIOLOGIE

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASAH-MARRIF Le : 22/11/2019

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
22.02.24	Consultation	1	300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/2/2024	624,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	22.02.24	671	800,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

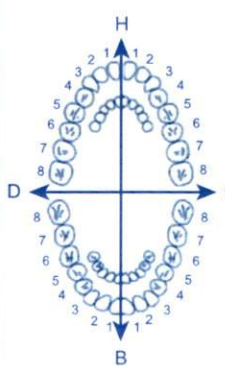
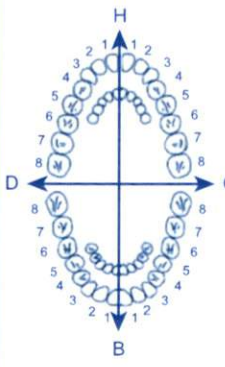
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAV.																
																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2"> H 25533412 00000000 </td> <td colspan="2"> 21433552 00000000 </td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"> 00000000 35533411 </td> <td colspan="2"> 00000000 11433553 </td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>				H 25533412 00000000		21433552 00000000		D		G		00000000 35533411		00000000 11433553		B				COEFFICIENT DES TRAV.
H 25533412 00000000		21433552 00000000																			
D		G																			
00000000 35533411		00000000 11433553																			
B																					
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Montant des Honoraires																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

22/2/2024

me IMANOURA SOUAD

Coveron 5/rmg

3x9080


sup 15

~~P.O.D. ABOURAPIS~~

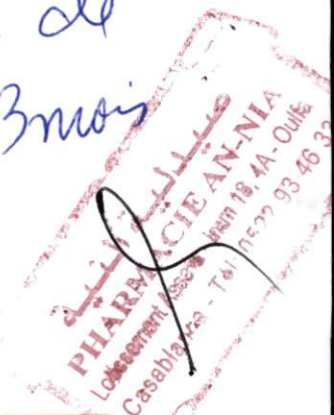
M de

03mois

624.0

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa

031203531


PHARMACIE AN-NIA
Lotissement 1888, Km 18, 4A - Oujda
Casablanca - Tél: 0522 93 46 33

208 00

208,00

208,00



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 22/2/2024

Je me I MAN SOUKA SOUAD

Age = 62 ans

DRW2

HTA ⊕ A ⊕

Pres de dyslipé stérol
+ hypertension mal équilibrée

1 ane SUP Echocoeur

P.O

ABOURADI

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

Date : 22/02/2024

Numéro : 30 639



090061862

Nom patient : IMANSOURA SOUAD

Médecin : DR. ABOURADI SARA
Cardiologie

2400835932

PAYANTS

	Montant
ÉCHOGRAPHIE-DOPPLER TRANSTHORACIQUE DU C	800,00

Total	800,00
Arrêtée la présente à la somme de : HUIT CENTS DIRHAMS	

Hopital Universitaire Internationale
Cheikh Khalifa
Consultation Cardiologie

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 240222121434SA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400835932	IMANSOURA SOUAD	22/02/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	8567	800,00
	Total payé	800,00

Reçu établi par : SAN.WAK

Hopital Universitaire Internationale
Cheikh Khalifa
Consultation Cardiologie

SERVICE MEDICAL DE CARDIOLOGIE
TEL DIRECT: 0529 050 234

Casablanca le 22/02/2024

Information patient

Nom : Mme IMANSOURA SOUAD

COMPTE RENDU D'ECHOCARDIOGRAPHIE

- VG non dilaté, siège d'une HVG concentrique minime de bonne contractilité globale et segmentaire FEVG : 60%
- PM type anomalie de relaxation E/A = 0.7, PRVG non élevées E/E' moyenné = 9
- Oreillette gauche dilatée Oreillette droite non dilatée libres d'échos.
- Valve aortique à 3 cusps sans fuite ni sténose.
- Valve mitrale fine, siège d'une IM minime sans sténose.
- VD non dilaté, de bonne fonction systolique longitudinale TAPSE à 24mm
- IT minime estimant les PAPS à 16 + 3mmHg.
- VCI non dilatée et compliante.
- Péricarde sec

CONCLUSION

Aspect de cardiopathie hypertensive FEVG : 60%

PRVG non élevées.

Absence de valvulopathie significative

Bon VD Pas d'HTP.

Signé: DR ABOURADI SARA

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

Date : 22/02/2024
Numéro : 30 498



090061862

Nom patient : IMANSOURA SOUAD

Médecin : DR. ABOURADI SARA
Cardiologie

2400835777

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION AVEC ELECTROCARDIOGRAMME (E	350,00

Total	350,00
Arrêtée la présente à la somme de : TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS	

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Cardiologie
2400835777

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 240222105627SA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400835777	IMANSOURA SOUAD	22/02/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	8563	350,00
	Total payé	350,00

Reçu établi par : SAN.WAK

Hopital Universitaire Internationale
Cheikh Khalifa
Consultation Cardiologie

imansoura
souad

.....
29-08-1960 Féminin
63 ans
166 cm / 112 kg

FC: 70/min

Intervalles:

RR 861 ms

P 122 ms

PQ 174 ms

QRS 84 ms

QT 366 ms

QTC 398 ms

Axes:

P 16 °

QRS 11 °

T 26 °

P (II) 0.12 mV

S (V1) -0.63 mV

R (V5) 0.84 mV

Sokol. 1.63 mV

RYTHME SINUSAL

ECG NORMAL

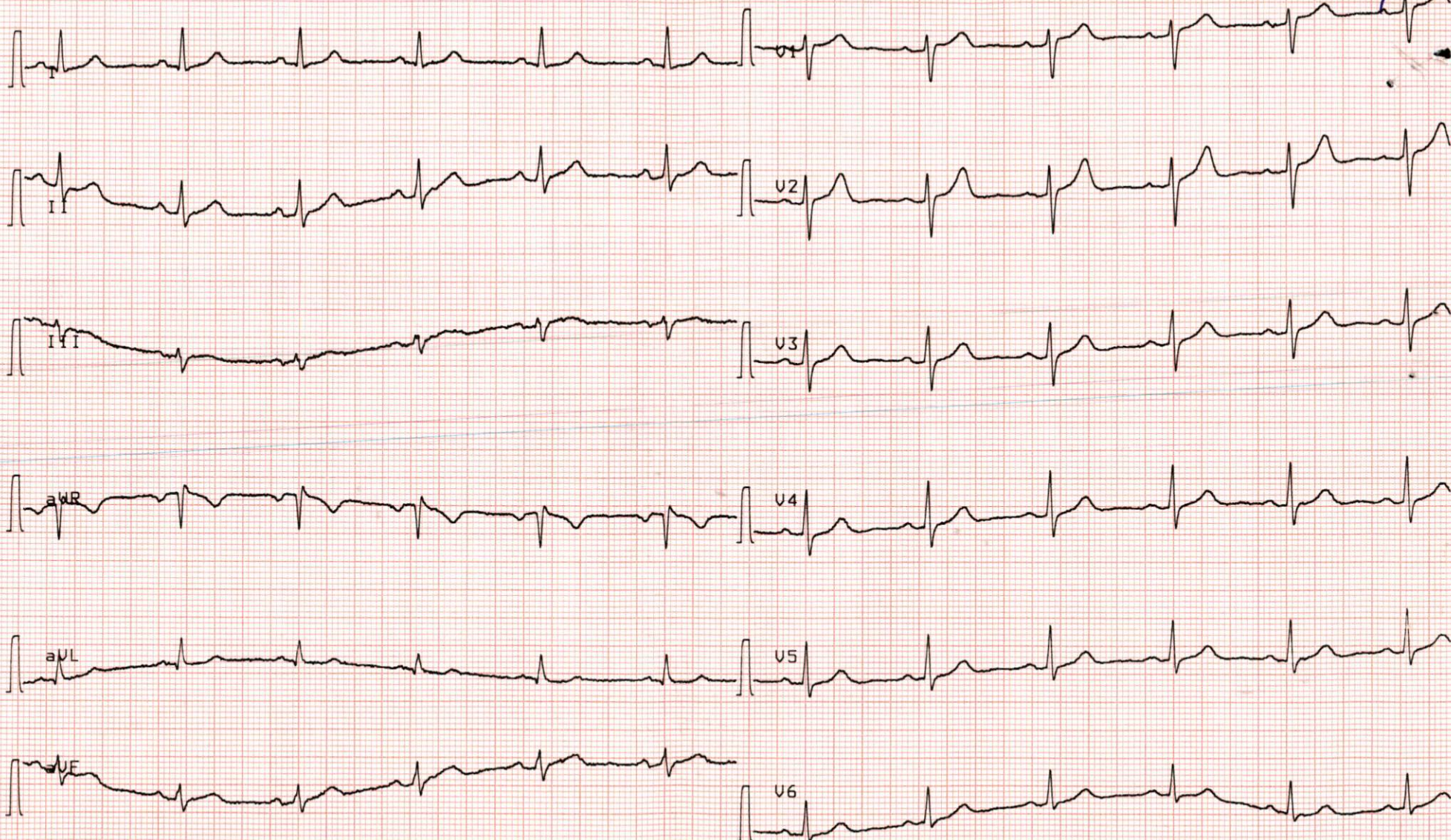
5.79

RAPPORT NON-CONFIRME

TA 167/108
TA 166/104

10 mm/mV

10 mm/mV



25 mm/s

0.05-35Hz F50

Je 22-FEV-24 12:31:50

AT-102 1.37 Ctm

