

# 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 Anglé 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° 0034934**

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 0359

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHATIR HAMID

Date de naissance : 11.1942

Adresse :

Tél. : 066196509 Total des frais engagés : 2484,10 Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/03/2024

Nom et prénom du malade : MANAS FATIMA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HMA + diabète

Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC

Pathologie : Cardiopathie

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 : 07/03/24

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
07.03.2024	ECG	250 DH		

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL ARABI Mme H.T. Bd Abdelatif Ben Kaddour TAL: 0222222222	07/03/2024	162617

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. El Arabi Mme H.T. Bd Abdelatif Ben Kaddour TAL: 0222222222	07/03/2024	Scholarz MD	

## AUXILIAIRES MEDICAUX

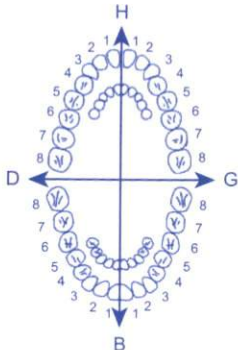
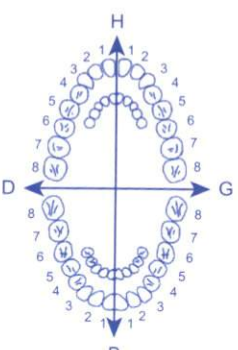
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 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																
	[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





SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al souam roches  
noires casablanca

INEXIUM

20 mg Cpr GR

Boite 14

64015DMP/21NRQ P.P.V.: 76,70DH

6 118001 020591

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

6 118001 090280

PPV : 207,00 DH

LOT : 653164

PER : 07/25

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al souam roches  
noires casablanca

INEXIUM

20 mg Cpr GR

Boite 14

64015DMP/21NRQ P.P.V.: 76,70DH

6 118001 020591

6 118001 020591

20 mg Cpr GR

Boite 14

64015DMP/21NRQ P.P.V.: 76,70DH

6 118001 020591

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al souam roches  
noires casablanca

INEXIUM

20 mg Cpr GR

Boite 14

64015DMP/21NRQ P.P.V.: 76,70DH

6 118001 020591

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al souam roches  
noires casablanca

INEXIUM

20 mg Cpr GR

Boite 14

64015DMP/21NRQ P.P.V.: 76,70DH

6 118001 020591

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al souam roches  
noires casablanca

INEXIUM

20 mg Cpr GR

Boite 14

64015DMP/21NRQ P.P.V.: 76,70DH

6 118001 020591

LOT : 23E011  
PER: 07/2027

LASILIX 40MG  
20CP SEC

P.P.V.: 34DH60

6 118000 060468

150,00

150,00

150,00

37,00

37,00

37,00

87,30

**Dr. KERROUMI AMINA**  
**CARDIOLOGUE**

**FACTURE**

-BD MED ZEFZAF RES ARRAYANE 2Q  
SIDI MOUMEN CASABLANCA  
-ICE: 002436321000077  
-TEL: 05 22 07 12 71

**A Mme MANAS FATIMA**

**Date : 07/03/2024**

**INPE : 091247593**

Nombre d'acte	Date des actes	Nature d'acte	Honoraires
1	07/03/2024	ETT	500 DH

Total des honoraires : 500 DH



Casablanca le 07/03/2024

### Compte rendu d'échocardiographie-doppler transthoracique

**Nom et prénom : Mme MANAS FATIMA**

**Indication : HTA +OMI**

#### **COMMENTAIRE :**

**$SIVd = 11mm, DIVGd = 41mm, PPVGd=10mm, AA = 35 mm$**

**$SOG= 20cm^2; SOD= 10cm^2$**

- VG non dilaté non hypertrophié de bonne fonction systolique segmentaire et globale, FEVG à 62%(SB).
- PRVG normales : profil mitral type anomalie de relaxation
- OG peu dilatée, libre d'échos
- Valve mitrale remaniée épaissie de bonne ouverture siège fuite minime.
- Valve aortique à 3 cusps remaniées de bonne ouverture Vmax à 1m/s sans fuite.
- Aorte thoracique et abdominale de taille normale
- Cavités droites non dilatées avec un VD de bonne fonction systolique (TAPSE= 23 mm).
- IT physiologique sans HTP
- VCI non dilatée compliant
- Péricarde sec

#### **CONCLUSION :**

**Bonne fonction systolique biventriculaire, FEVG à 62%(SB).**

**PRVG normales**

**OG peu dilatée, libre d'échos**

**IM minime**

**Pas d'HTP**

Dr. KERRAUMI Amine  
Bd. Mohamed Zefzaf  
Casablanca - 101 - 01  
INPE : 09 87 23 31 32

شارع محمد زفزاف - إقامة الريان 2 - الطابق 1 - مقابل بريد المغرب - أناسي - الدار البيضاء

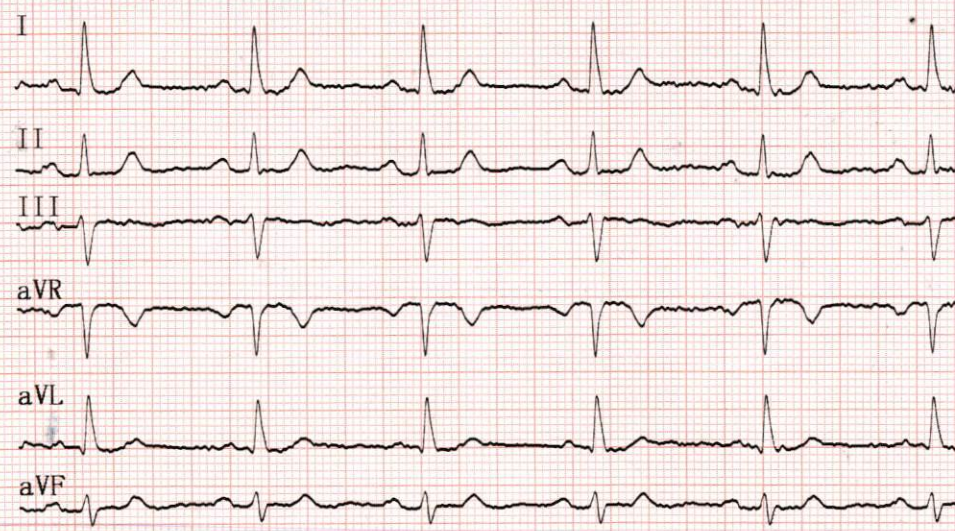
Bd. Mohamed Zefzaf - Résidence Arrayane 2 - 1<sup>ère</sup> Etg. enface Poste du Maroc - Anassi Casablanca

☎ 05 22 07 12 71

✉ aminakerroumi@gmail.com



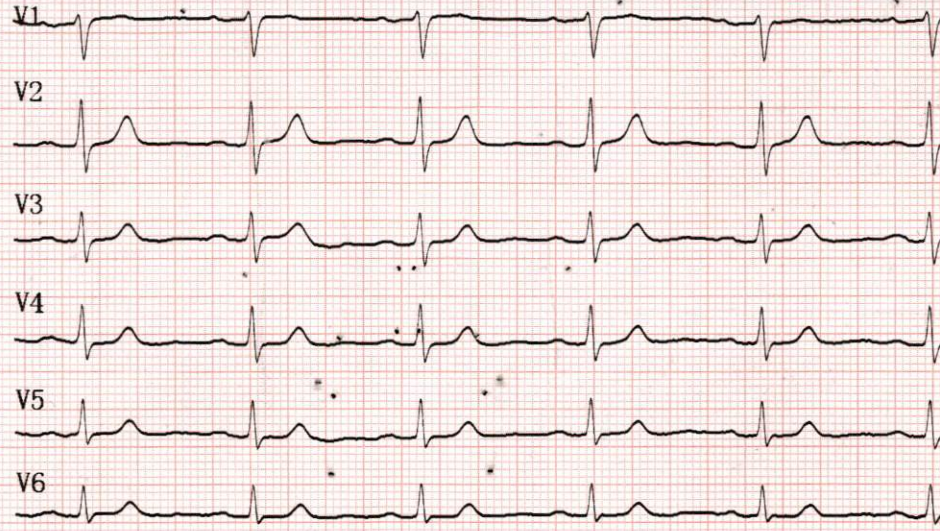
AUTO 10mm/mV



V5 5mm/mV



5mm/mV



Dr KERROUMI Amina

2024-03-07 10:32

ID :

Nom: manas fatima Sexe: Femme Age:

Taille: cm Poids: 62 kg SYS/DIA: 160 /70 mmHg

HR [bpm]: 67

PR Interval [ms]: 200

P Duration [ms]: 120

QRS Duration [ms]: 82

T Duration [ms]: 158

QT/QTc (Bazett) [ms]: 350/370

QTc (Hodge) [ms]: 362

QTc (Framingham) [ms]: 366

QTc (Fridericia) [ms]: 363

P/QRS/T Axis [deg]: 39.5/-2.0/32.1

R(V5)/S(V1) [mV]: 0.94/0.98

R(V5)+S(V1) [mV]: 1.92

**\*\*Le rapport doit être confirmé par un médecin\*\***

Ryth. sinusoïdal norm.;

Dévia. ax. gche modérée;

**Dr. KERROUMI Amina**  
Bd. Med Zafar Ré.  
Casablanca  
INPE : 0912

25mm/s AC50Hz+EMG25Hz+DFT0.50Hz

Médecin