

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- 0047791

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6419 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : RASSID SAID
Date de naissance : 16/08/1965
Adresse : 29 Bd Haj Tah. casablanca.
Tél : 0661 66363 Total des frais engagés : 600 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Karima EL HANOUSSI
Date de consultation : 09/05/23
Nom et prénom du malade : RASSID SAID Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Fibillatun auriculare
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 : 22/02/23
Signature de l'adhérent(e) :

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

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
09/04/23	Cardiologie		6000	Dr Karim EL HAMIDI Cardiologue Bd Hassan I, Ettat Tél: 05 23 72 12 13

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

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															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT 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		CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Settat le : 09/02/2023

FACTURE N° 215/23

Au Nom de : M^r / M^{me} : RASSID SAID

Désignation	Quantité	Honoraire en Dhs
* EGG + CONSULTATION	0	0.00
* ECHODOPPLER CARDIAQUE	1	600.00
* HOLTER TENSIONNEL	0	0,00
* HOLTER ECG 24h / 48h	0	0,00
TOTAL HONORAIRE		600,00

Dr. Karima EL HAMIDI
Cardiologue
Bd Hassan II, Settat
Tel: 05 23 72 12 13

شارع الحسن الثاني، الرقم 7، فوق صيدلية المتوكل، قرب سينما الأهرام – سطات

الثابت : 05-23-72-12-13 المحمول 06-61-46-34-83

E-mail : Karima.elhamidi@gmail.com

INP : 061124665

ICE : 001618149000038

ECHODOPPLER CARDIAQUE

Ventricule gauche : Non dilaté non hypertrophié, de bonne contractilité globale et segmentaire.

Ventricule droit : Non dilaté

Oreillettes :

O.G : Non dilatée, libre d'écho

O.D : Normale

Valve mitrale : D'echostructure normale.

Valve tricuspide : Normale

Sigmoïdes aortiques : Fines et souples.

Sigmoïdes pulmonaires : Normales

Péricarde : Sec

Mesures 2D et TM

AO : 31.3 mm

OG : 42.4 mm

VD : 17.3 mm

VG : DTD : 43.3 mm

DTS : 27.9 mm

SIVd : 9.6 mm

Surface mitrale : Normale

Mesures Dopplers :

Flux mitral : IM minime grade Ia

- V.max = 2.41 m/s

- G.max = 23.2 mmHg

Flux Ao : Normal

- V.max = 1.19 m/s

- G.max = 5.70 mmHg

IT minime

CONCLUSION :

- VG de bonne fonction systolique.
- IM minime.
- IT minime.

OS : 18.3 mm

F.Rac : 35.6%

FE : 65.3%

SIVs : 11.1 mm

PPd : 9.6 mm

Dr. Karima EL HAMIDI
Cardiologue
Bd. Hassan II, Settat
Tél: 05 23 72 12 13

