

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.

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 : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Hayat
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

N° W19-481073

ND = - 24804

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1380 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL KHAIER Abdelmehrez
 Date de naissance :
 Adresse : SS INARA 1 Mohammedia
 Tél : 0661228781 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : EL KHAIER Abdelmehrez Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

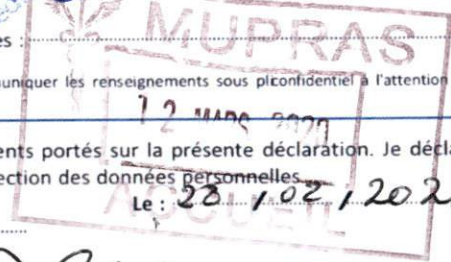
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Mohammedia

Signature de l'adhérent(e) :

Signature



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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

06 FEV 2020			25000	
11/2/20	Credit		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
---	------	------------------------------	------------------------

	08/02/20	DSS	762,00
	10/02/20	Ech. oculaire	4000DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 :

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	INP : <input type="text"/>																									
				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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td></td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D			B	00000000	00000000			35533411	11433553			<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession.</p>		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																										
	25533412	21433552																											
	00000000	00000000																											
	D			B																									
	00000000	00000000																											
	35533411	11433553																											
					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

Docteur M. QERMANE

OPHTALMOLOGISTE

Diplômé De C.E.S. D'ophtalmologie De France

Lauréat De la Faculté De Médecine De Lille

Diplômé De C.E.S. De Médecine Aéronautique

Ancien Ophtalmologiste Au Centre National

D'ophtalmologie De Salé

Ancien Ophtalmologiste Attaché Aux Hopitaux De France

ANGIOGRAPHIE LASER

Sur Rendez-vous



الدكتور قرمان مصطفى

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بليل

حائز على شهادة طب الطيران

طبيب سابق بالمركز الوطني لأمراض العيون

بسلامة

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا

الفحص و العلاج بأشعة الليزر

بالموعد

Mohammedia , Le : 06 FEB 2020 : المحمدية في

ELKHAÏER ABDOULHED

ECHOGRAPHIE OCULAIRE B

(Avec biometrie)

RADIOLOGIE MOHAMMEDIA
Dr SLIMANI & Dr BELEFQIH
Av Abderrahmane Serghini
Tél 05 23 32 00 19 / Fax 05 23 31 58 49
Rue Doukkala, N°7 - Kasbah
Mohammedia - Tél: 05 23 32 20 89
Dr. M. QERMANE
Ophtalmologiste

زقنة دكالة رقم : 7- القصة - المحمدية - الهاتف : 05 23 32 20 89 : الفاكس : 05 23 32 20 89
Rue Doukkala N°7- Kasba - Mohammedia - Tél. : 05 23 32 20 89 - Fax : 05 23 32 20 89

E-mail : mq3@hotmail.com

LABORATOIRE AMARA D'ANALYSES MEDICALES

Dr. M. AMARA

3, Bd Mohammed V - Tél.: 0523.30.40.30 - Fax: 0523.30.43.20

Référence: **5020816**

Analyses effectuées le: 08/02/2020

Pour.....: **Mr. EL KHAIER ABDELWAHED**

Sur prescription du: Dr QERMANE MOSTAFA

Code.....: 00028513



Organisme.....:

Bilan:

GLY NFS PQ VS UREE TP TCK HCV

Cotation : (B 550)

Montant Net : 762.00 **Dhs**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

SEPT CENT SOIXANTE DEUX Dhs 00 Cts

LABORATOIRE AMARA
Mohammed AMARA
BIOLOGISTE
3, Bd.Med.V - Mohammed
Tél : 05 23 30 40 30

Docteur M. QERMANE

OPHTALMOLOGISTE

Diplômé De C.E.S. D'ophtalmologie De France

Lauréat De la Faculté De Médecine De Lille

Diplômé De C.E.S. De Médecine Aéronautique

Ancien Ophtalmologiste Au Centre National

D'ophtalmologie De Salé

Ancien Ophtalmologiste Attaché Aux Hopitaux De France

ANGIOGRAPHIE LASER

Sur Rendez-vous



الدكتور قرمان مصطفى

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بليب

حائز على شهادة طب الطيران

طبيب سابق بالمركز الوطني لأمراض العيون

بسلا

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا

الفحص و العلاج بأشعة الليزر

بالموعد

المحمدية في : : Le , Mohammedia

06 FEB 2020

EL KHATER

ABDOU LOUATHE

Examen biologique

Glycemie a jeun

Nf vs

Uree

Tp tck

Serologie hepatitis c

LABORATOIRE AMARA
Mohammed AMARA
BIOLOGISTE
Bd. Med. V - Mohammedia
Tél : 05 23 30 40 30

Dr. M. QERMANE
Ophtalmologiste
Rue Doukkala, N°7 - Kasbah
Mohammedia - Tél : 05 23 32 20 89

زنگة دكالة رقم : 7- القصبة - المحمدية - الهاتف : 05 23 32 20 89 : الفاكس : 05 23 32 20 89
Rue Doukkala N°7- Kasba - Mohammedia - Tél. : 05 23 32 20 89 - Fax : 05 23 32 20 89

E-mail : mq3@hotmail.com

Docteur M. QERMANE

OPHTALMOLOGISTE

Diplômé De C.E.S. D'ophtalmologie De France

Lauréat De la Faculté De Médecine De Lille

Diplômé De C.E.S. De Médecine Aéronautique

Ancien Ophtalmologiste Au Centre National

D'ophtalmologie De Salé

Ancien Ophtalmologiste Attaché Aux Hopitaux De France

ANGIOGRAPHIE LASER

Sur Rendez-vous



الدكتور قرمان مصطفى

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بـليل

حائز على شهادة طب الطيران

طبيب سابق بالمركز الوطني لأمراض العيون

بـسلا

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا

الفحص و العلاج بأشعة الليزر

بالموعد

Mohammedia , Le:: المحمدية في

19 02 2020

confrere Chere

Je vous confier m *EL KHATIB* pour

ABDELWAHED

Un examen cardio vasculaire preoperatoire

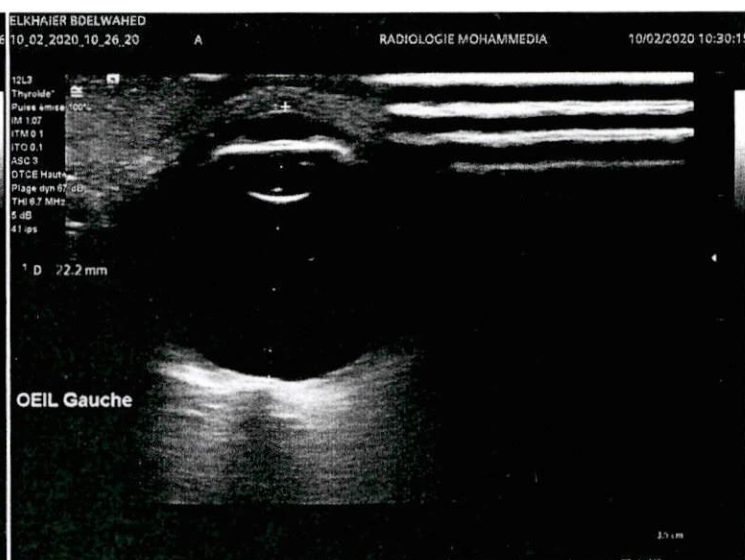
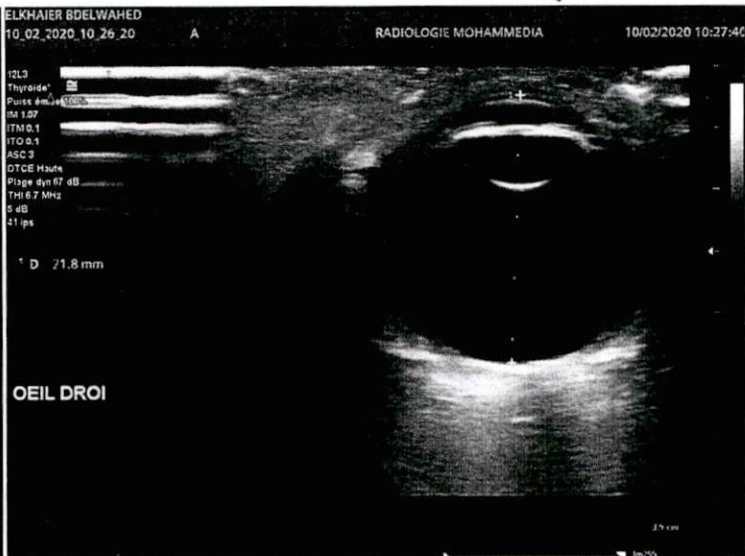
A la recherche de c i cardiaques avant ablation

De la cataracte sous anesthesie generale

Dr. M. QERMANE
Ophtalmologiste
Rue Doukkala N°7- Kasbah
Mohammedia

زنقة دكالة رقم : 7- القصبة - المحمدية - الهاتف : 05 23 32 20 89 : الفاكس : 05 23 32 20 89
Rue Doukkala N°7- Kasba - Mohammedia - Tél. : 05 23 32 20 89 - Fax : 05 23 32 20 89

E-mail : mq3@hotmail.com



EL KHAIER, ABDELWAHED

ID: 236-20

DDN: /

70 Ans, 53 Kg

Homme, Inconnu

Méd: /

Site: /

Médecin traitant: Dr Soumia MHANNA

Notes: /

11/02/2020 12:19:08

FC: 59 BPM
Int PR: 141 ms
Durée QRS: 82 ms
QT/QTc: 401/401 ms
Axes P-R-T: 71 66 50
RR Moy: 1001 ms
QTcB: 400 ms
QTcF: 400 ms

RAPPORT NON CONFIRM

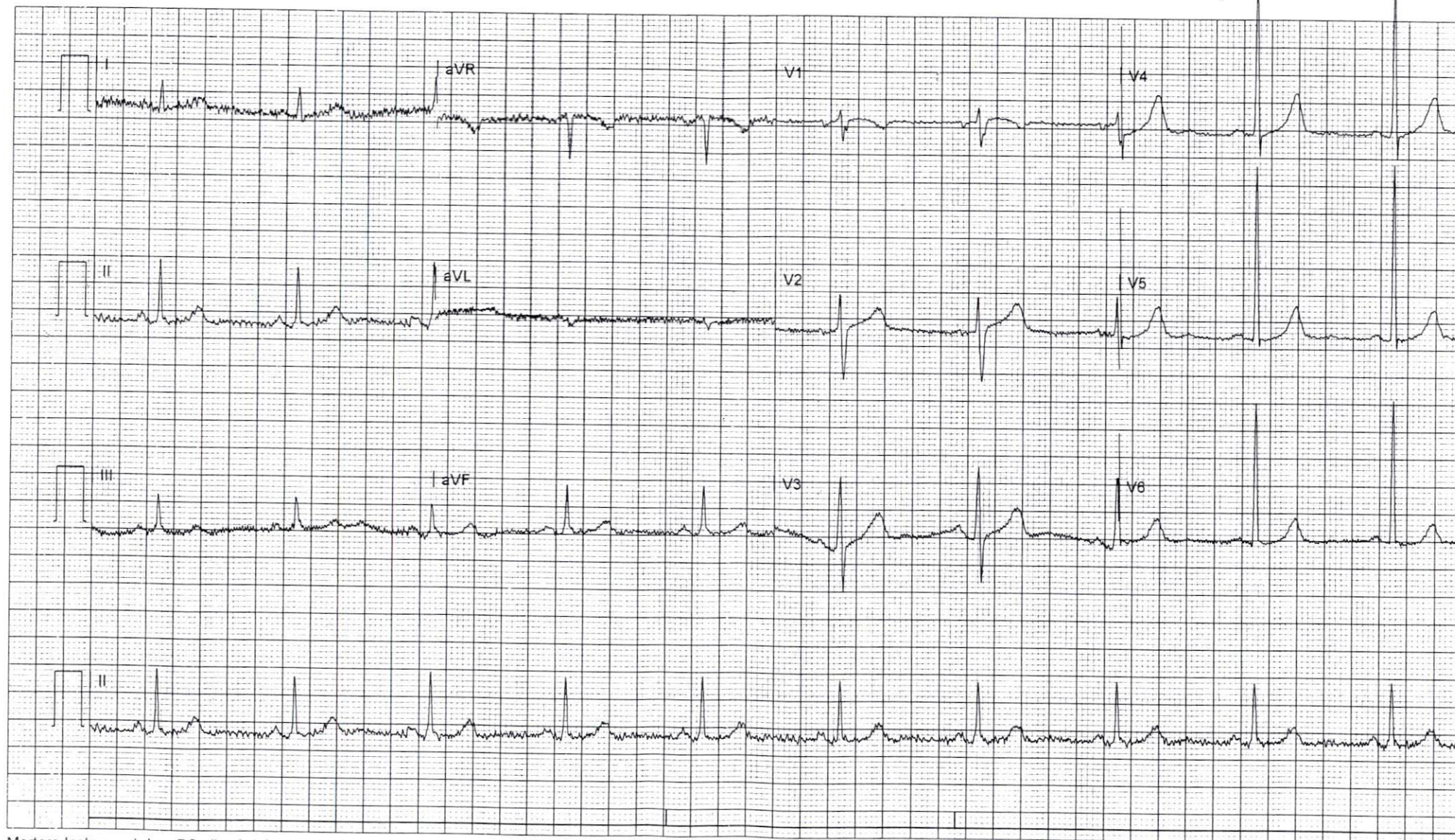
Revu par: /

Signé par: /

Date: /

Normale
- NSa 60 /
- Pas de Tx Cardiaques

130/26
110/75





Cabinet de Consultation Et D'exploration Cardiovasculaire Elalia

Dr Soumia MHANNA

Spécialiste en pathologie cardiovasculaire
Echocardiographie doppler
Holter tensionnel et rythmique
Epreuve d'effort
Diplômée en Echocardiographie
de l'université Bordeaux 2
Ancienne interne au CHU de Bicêtre Paris

الدكتورة سومية مهنة

أخصائية في أمراض القلب والشرابين
الفحص بالصدى والتخطيط الكهربائي
التسجيل المستمر للضغط الدموي وتخطيط القلب
تخطيط القلب أثناء الجهد
حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى من جامعة
بورجو 2
طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

MOHAMMEDIA LE11/02/2020.....

Cher confrère;

J'ai reçu en consultation pour un examen Cardio-Vasculaire **Mr el khaier abdelwahed**.âgé de **70 ans**. prévu pour chirurgie de cataracte s/AL

FRCV : AGE . ATCD TABAC SEVRE

Sur le plan fonctionnel : angor 0 AVC/AIT= 0 DE 0.

L'examen Cardio-Vasculaire retrouve:

Patient eupneique sans orthopnée. PA à 130/70 mmHg. Rythme régulier sans souffles ni signes d'IC. Les pouls périphériques sont tous perçus et symétriques. Pas de signes thromboemboliques.

Le reste de l'examen clinique est normal.

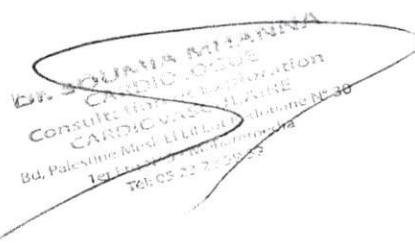
L'ECG de repos : NORMAL

----- PAS DE CI A LA CHIRURGIE S/ ANESTHESIE LOCALE

-----SI AG PREVUE --ECHO COEUR EST SOUHAITABLE VUEL AGE ET L ATCD DE TABAC

Cordialement

DR SOUMIA MHANNA



CABINET DE RADIOLOGIE DE MOHAMMEDIA



- ✓ RADIOLOGIE GÉNÉRALE NUMÉRISÉE
- ✓ PANORAMIQUE DENTAIRE NUMÉRISÉE
- ✓ MAMMOGRAPHIE NUMÉRISÉE
- ✓ ECHOGRAPHIE DOPPLER COULEUR
- ✓ SCANNER SPIRALÉ (3D)
- ✓ OSTÉODENSITOMETRIE

Dr SLIMANI H.Noureddine (RADIOLOGUE)
Diplôme de la faculté de médecine (Amiens – France)
CES de radiologie & diplôme en échographie
Ex. Attaché au C.H.U (Amiens – France)

Dr BELEFQIH Mounir (RADIOLOGUE)
Diplôme de la faculté de médecine de (Nancy - France)
Ex. Attaché au C.H.U de (Nancy - France)

Mohammedia, le 10/02/2020

FACTURE N° 20/02.126

Nom patient : **EL KHAIER ABDELWAHED**

Examen(s) réalisé(s) : **ECHOGRAPHIE OCULAIRE**

Montant : **Quatre cents (400 DH)**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
QUATRE CENTS DH

REGLEMENT : ESPECES

CABINET DE RADIOLOGIE
DE MOHAMMEDIA
Avenue Abderrahmane Serghini
Tél : 0523 37 00 19
Fax : 0523 31 58 49