

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 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 tous les 6 mois.

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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-507723

ND: 31402

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1307 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : MOKHTAR

Nom & Prénom : KOUAME

Date de naissance : 01/01/54

Adresse : 23 lot MARJANA S.I. MAAROUF
CASA

Tél. : 0667341983 Total des frais engagés : 2777,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Rachid EL HACHMI
CARDIOLOGUE
222, Bd. Brahim Roudani

Date de consultation : 02/07/2020

Nom et prénom du malade : KOUAME MOKHTAR Age: 65

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

Nature de la maladie : HTA

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 : CASA

Le : 02/07/2020

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
22/7/20	S. + Ecq		1329,000 H	INP : 091402138

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/07/20	1477,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></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

LOT N°: 211,00
EXP:
PPV:

Casablanca le 02/07/20

Dr Rachid EL HACHMI

Cardiologue diplômé de la faculté de médecine de Rennes.France

222 BD BRAHIM ROUDANI MAARIF

TEL :05.22.99.18.78

e-mail :ra-hachmi@hotmail .com

COMPTE RENDU D'ECHO-DOPPLER
CARDIAQUE COULEUR

MR KOUAM MOKHTAR

1. CMH septale ,non dilatée ,à fonction VG systolique conservée

- ♣ VG = 23/42mm.OG=32mm.OD=29mm.VD=23mm.
- ♣ Septum=12/18mm
- ♣ F E =77% .

2. Valves :

- ♣ Souples.
- ♣ IM+IA+IT Gr 1/4 au doppler couleur.

3. PERICARDE : SEC

Dr. R EL HACHMI
Dr. Rachid EL HACHMI
CARDIOLOGUE
222, Bd. Brahim Roudani
TEL: 05 22 99 18 79 - CASABLANCA

Casablanca le 02/07/20

Dr Rachid EL HACHMI
Cardiologue diplômé de la fac.de médecine
De Rennes-France
222 Db Brahim Roudani Maârif-Casablanca
Tél : 05.22.99.18.78
E-mail: ra-hachmi@hotmail.com

NOTE D'HONORAIRES

ICE =001794017000043

INP =091051508

NOM - PRÉNOM :KOUAM MOKHTAR

ACTES : CS+ECG =300DH.

ECHOCOEUR =1000DH

TOTAL: 1300DH

Dr. Rachid EL HACHMI
CARDIOLOGUE
222, Bd. Brahim Roudani
Tél: 05 22 99 18 78 - CASABLANCA

JAN. 01 2003 00:00
ID= AGE=

AC, DERIVAT, MUSCLE1

كولامه بوكهتان.

02/7/20



Dr. Rachid EL HACHM.
CARDIOLOGUE

222, Bd. Brahim Roudani

21-05-2003 12:00:00

[Kenz Cardico1210 V-3.20]

DR RACHID EL HACHMI

TEST

1 VA γ_{max} = 0.88 m/s
VA GP_{max} = 3.06 mmHg
GP_{moy} = 1.19 mmHg
VA VTI = 19.16 cm



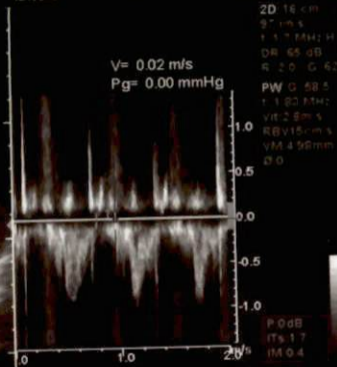
ID:0815

Cardiaque V
3S

14:28:09

02-Jul-20

V = 0.02 m/s
Pg = 0.00 mmHg



2D: 16 cm
97 m/s
1.17 MHz
DR 65 dB
R 2.0 C 62
PW G 58.5
1.180 MHz
Vlt 2.5 m/s
RBV 15 cm/s
Vlt 4.58 mm
0.0

P 0 dB
ITs 1.7
IM 0.4