

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.

Biologie 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.

Prothèse :

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 ALQ :

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

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



Déclaration de Maladie

N° M20- 0000014

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1538 Société : 55951

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : DEROUICH ATIKA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : DEROUICH ATIKA 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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-00014

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

N° W19-485953

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1538 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : DERDUICH Atika

Date de naissance : 1955

Adresse :

Tél : 06 0000 2426 Total des frais engagés : 1250,00 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/12/2020

Nom et prénom du malade : Derduich Atika Age : 60ans

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

Nature de la maladie : AP Hémagène / Essaiement

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 :

Le :

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 Aïtal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïtal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

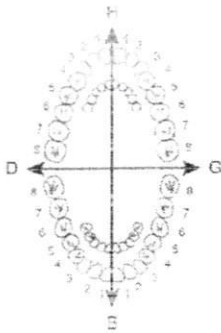
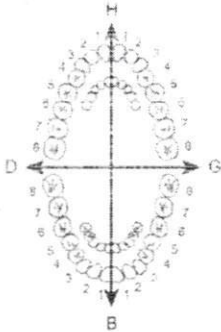
[illegible][illegible]

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 canaux, 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433553</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433553	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433553																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	{Création, remont, adjonction}			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

07/12/2020

Dr. Derouich Atikhe

- 65 ans, pA cou.D (1 mois)
- DE 80 II/II
- A thorax atypique

→ Echo

Dr Nouhad JARADI
Cardiologue
3, Bd Oum Rabia, 2ème étage, Oula
Hay Hassan, Casablanca
Tél : 05 22 89 54 25 / Urgences : 05 22 89 54 25
MME N° 091115479

Dr Nouhad JARADI
Cardiologue
3, Bd Oum Rabia, 2ème étage, Oula
Hay Hassan, Casablanca
Tél : 05 22 89 54 25 / Urgences : 05 22 89 54 25
MME N° 091115479



- Massif auriculaire non dilaté, libre d'échos (SOG =10 cm², SOD= 10 cm²)
- Valves mitrales peu remaniées sans fuite ni sténose
- Sigmoïdes aortiques au nombre de trois, souples avec présence d'une fuite minime sans sténose
- Cavités droites non dilatées
- IT grade I estimant la PAPS à 20 + 5 mmHg
- Bonne fonction systolique du VD
- VCI non dilatée à 12 mm, compliant
- Epanchement péricardique de faible abondance en regard des cavités droites sans retentissement hémodynamique
- Aorte abdominale de 18 mm à parois régulières

CONCLUSION :

- Bonne fonction systolique du VG, FE à 68 % en 2D
- PRVG non élevées. IAo minime
- Pas d'HTP, bon VD
- Epanchement péricardique de faible abondance

Signé : Dr N. JARDI

Dr N. JARDI
Cardiologue
3, Bd El Mousmi - Casablanca
Hay Hassani - Casablanca
Tél : 05 22 00 44 66
Fax : 05 22 00 44 66

SERVICE MEDICAL DE CARDIOLOGIE

TEL DIRECT: 0529 050 234

Casablanca le 01/12/2020

ECHOGRAPHIE TRANS-THORACIQUE

Information patient :

Nom : DEROUICH ATIKA, 65 ans

Indication : Prédiabète, Douleur thoracique atypique et essoufflement post COVID (28/10/2020)

RESULTATS :

Mesures:

Ouverture des sigmoïdes Ao	17 mm
Epaisseur du septum intraventriculaire	10 mm
Epaisseur de la paroi postérieure	08 mm
Diamètre télé diastolique du ventricule gauche	44 mm
Diamètre télé systolique du ventricule gauche	30 mm
Pourcentage de raccourcissement	31 %
Fraction d'éjection (Teicholz)	59 %
E/A mitrale	0.77 m/s
E/e' mitrale	5.78
Ao ascendante	29 mm
ITV sous AO	15.4 cm
S'VD	13 cm/s

- VG non dilaté non hypertrophié de bonne contractilité globale et segmentaire.

Fonction systolique conservée du VG, FE à 68 % en biplan

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 118 620 / 2020 du 01/12/2020

Nom patient : DEROUICH ATIKA

Entrée 01/12/2020

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 01/12/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
ECHODOPPLER CARDIAQUE	1,00		900,00	900,00
			Sous-Total	900,00
Total Frais Clinique				900,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

NEUF CENTS DIRHAMS

Total

900,00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	900,00	900,00	0,00

Hopital universitaire Cheikh Khalifa
Consultation

Reçu de caisse

N°: 201201130157SA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000278489	DEROUICH ATIKA	01/12/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	491	900,00
	Total payé	900,00

Reçu établi par :SAR.SLA

Hopital universitaire internationale
Cheikh Khalifa
Consultation Cardiologie

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 118 519 / 2020 du 01/12/2020

Nom patient : DEROUICH ATIKA

Entrée 01/12/2020

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 01/12/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation avec électrocardiogramme	1,00		350,00	350,00
			Sous-Total	350,00
Total Frais Clinique				350,00

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

Encaissements					Total encaissé	Solde 350,00
---------------	--	--	--	--	----------------	--------------

*Hopital Souveraine Internationale
Cheikh Khalifa
Consultation Cardiology*

Id : 01/12/2020 18:01:55

, Atika

Indéfini --- Indéfini

Taille : 0 cm Poids : 0 kg TA : 0/0 mmHg

Méd. :

Technicien :

Commentaires :

FC: 63 bpm

PR: 148 ms

QRS: 88 ms

QT/QTc: 394/399 ms

QTcB: 404 ms

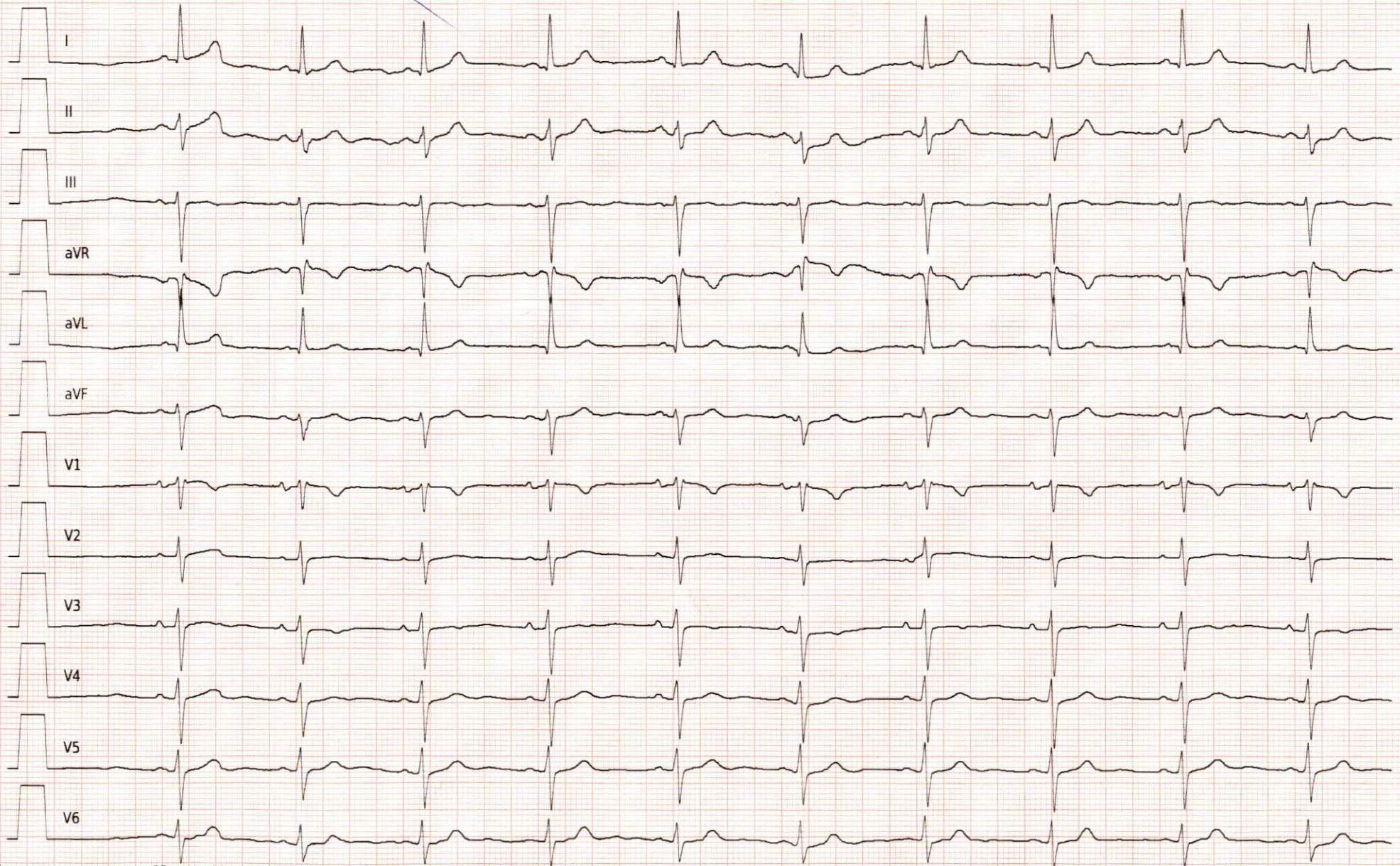
QTcF: 400 ms

Rv5-v/Sv1 : 0.56/0.49 mV

Sok-Lyon : 1.05 mV

Axe: 36/-28/38 °

RAPPORT NON CONFIRMÉ





HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 01 / 12 / 20

Quittance - Paiement espèces

0522552

IPP :

D'admission : Montant : 355014

Patient : DEBOVICH Atika

Cachet



مركز النقدیات

01/12/20

12:55:05

9900397820

93978201

HOP CHEIKH KHALIFA G4

Casablanca

A00000000031010

APP : VISA

MME DEROUICH ATIKA

401713xxxxxx2652

CARTE NATIONALE

95978D400EE577F2

621-0-9999-1-44

MONTANT: 900,00 MAD

NUM TRANSACTION : 004

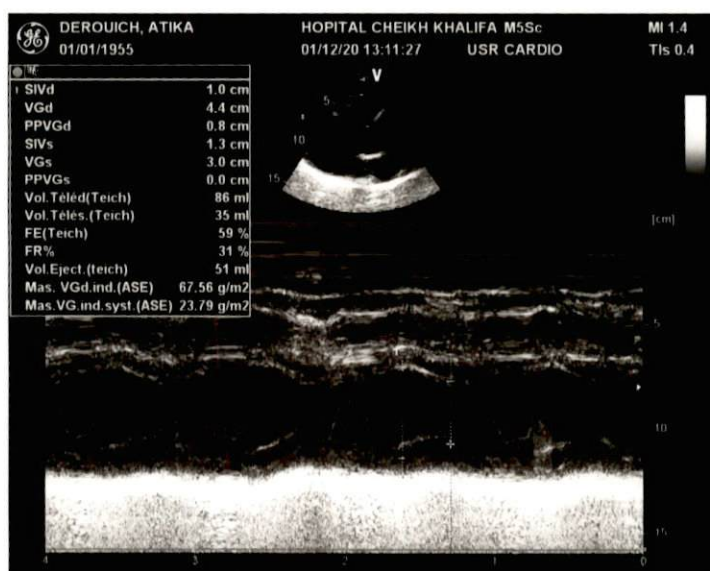
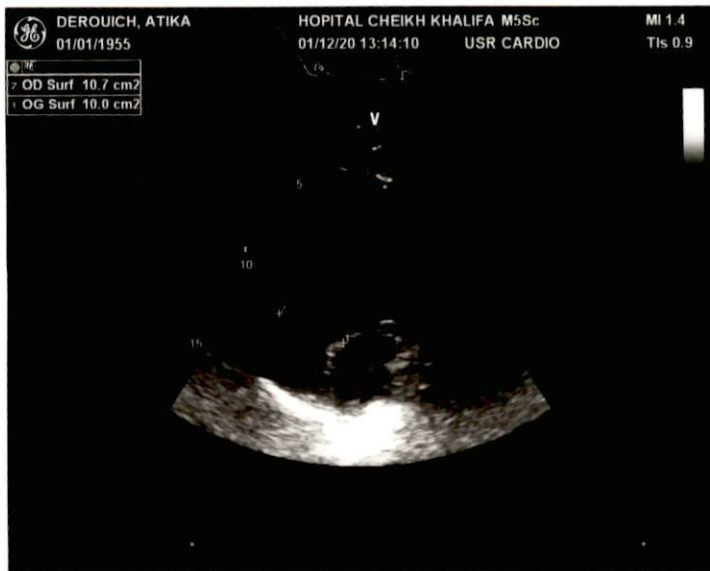
NUM AUTORISATION: 007985

STAN : 000491

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE COMMERCANT





DEROUICH, ATIKA
01/01/1955

HOPITAL CHEIKH KHALIFA M5Sc
01/12/20 13:18:33 USR CARDIO

MI 1.4
TIs 0.6

FE (Biplan)	68 %
Vol.VG.tD(sim. BP)	64 ml
Vol.VG.tS(sim. BP)	20 ml
FE VG (sim.A2C)	69 %
Vol. Eject. (simpson A2C)	42 ml
2 VGs Long(A2C)	5.1 cm
Vol.VG.tS(sim.2cav)	19 ml
1 VGd Long(2cav)	7.5 cm
Vol.VG.tD(sim.2cav)	61 ml



DEROUICH, ATIKA
01/01/1955

HOPITAL CHEIKH KHALIFA M5Sc
01/12/20 13:18:05 USR CARDIO

MI 1.4
TIs 1.0

Ao Surf Vmax	1.6 cm2
Surf.Ao(ITV)	1.6 cm2
AVAI (VTI)	0.868 cm2/m2
AVAI (Vmax)	0.860 cm2/m2
1 Ss Ao Vmax	0.79 m/s
Ss Ao Vmoy	0.55 m/s
Ss Ao GDmax	2.51 mmHg
Ss Ao GDmoy	1.34 mmHg
Ss Ao ITV	15.4 cm
Ss Ao env.Ti	280 ms
FC	59 BPM
Vol.eject.VG	34 ml
Vol.eject.ind.VG	18.06 ml/m2
Débit Card.	1.97 l/min
Débit Card.ind.	1.06 l/min/m2

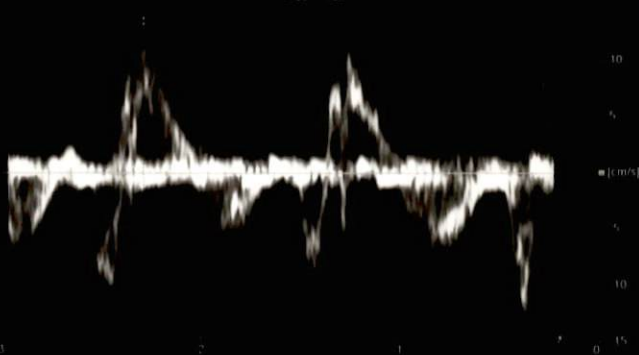
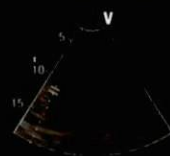


DEROUICH, ATIKA
01/01/1955

HOPITAL CHEIKH KHALIFA M5Sc
01/12/20 13:15:40 USR CARDIO

MI 1.1
TIs 1.7

v	0.13 m/s
p	0.07 mmHg



DEROUICH, ATIKA
01/01/1955

HOPITAL CHEIKH KHALIFA M5Sc
01/12/20 13:15:19 USR CARDIO

MI 1.4
TIs 1.0

E/E'	5.78
1 VM E Vit	0.50 m/s
VM T.dec	213 ms
VM Pente Dec	2.3 m/s2

