

# 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 ALQ :

- 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° M21- 0015918

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06089 Société : Royal Air Maroc  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : THIYFA KAMAL  
 Date de naissance : 01.01.1958  
 Adresse :  
 Tél. 06.81.13.89.89 Total des frais engagés : 1199,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 04/10/2022  
 Nom et prénom du malade : KAMAL THIYFA Age: 64 ans  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Récardiologie  
 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 : 12/04/22  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 04 OCT 2022     | ECG               | 300,00                |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date    | Montant de la Facture |
|--|---------|-----------------------|
|  | 4/10/22 | 99,00                 |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date        | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|-------------|------------------------------|------------------------|
|   | 04 OCT 2022 | ECHEC                        | 800,00                 |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

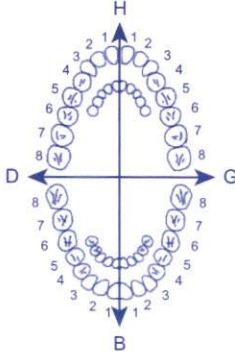
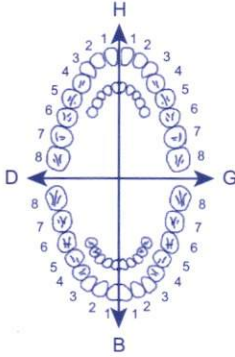
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | 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 :

Veillez 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)<br>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

**Dr. BOUGTEB Hanane**

*Spécialiste en Pathologie  
Cardio- Vasculaire*

*Diplômée de la Faculté  
de Médecine Hassan II de Casablanca  
DIU d'Echocardiographie  
et d'épreuve d'effort  
Université de Bordeaux Segalen 2*

**الدكتورة بوطيط حنان**  
**أخصائية في أمراض القلب  
والشرايين**

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء  
حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى  
وفحص الجهد وإعادة التأهيل  
القلب والأوعية بجامعة بوردو سيغالين 2

Casablanca le

**04 octobre 2022**

**Mr. THIYFA KAMAL**

**Echographie doppler couleur cardiaque**

**64 ans diabétique HTA blouse blanche  
Bilan de précordialgies au repos  
Examen et ECG de repos sans anomalies**

*Cabinet Hanane Bougteb  
115, Anoual Office 1er Etage Appt. N°2 Bd Anoual Quartier des Hôpitaux - Casablanca  
Tél : 05 22 22 53 27 - GSM : 07 07 78 78 00 - E-mail : cabinet.dr.hananebougteb@gmail.com  
Patente 36300382 - IF 15261205 - ICE 000149143000094*

**115, إقامة أنوال أوفيس الطابق 1 الرقم 2 شارع أنوال حي المستشفيات الدار البيضاء**

**115, Anoual Office 1er Etage Appt. N°2 Bd Anoual Quartier des Hôpitaux - Casablanca**

**Tél. : 05 22 22 53 27 - GSM : 07 07 78 78 00 - E-mail : cabinet.dr.hananebougteb@gmail.com**

**Patente 36300382 - IF 15261205 - ICE 000149143000094**

Facture N° : FCV2210-00455

Date : 04/10/2022

Code client : CLT-001530

THIYFA KAMAL

PZA DE MANEL RODRIGO 11 P04 B MADRID  
ESPAGNE

Tél: 0681138989

| Désignation (Actes)                  | Montant en DH |
|--------------------------------------|---------------|
| - Consultation + Electrocardiogramme | 300,00        |
| - Echographie doppler cardiaque      | 800,00        |

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

MILLE CENT DIRHAMS

Docteur Hanane BOUGTEB

Cardiologue

Cabinet de Cardiologie

et d'Explorations Cardiovasculaires

115, Anoual Office : 1er Etage Bureau N° 2

Boulevard Anoual Quartier des HOPITAUX CASABLANCA -

Tél.: 05 22 22 53 27 - Urg.: 06 61 23 56 76

INPE : 091034413

Total en DH

1 100,00

Mode règlement ESP

CABINET DE CARDIOLOGIE DR BOUGTEB Hanane.

115, Anoual Office 1er Etage Appt N°2 Bd Anoual Quartier des HOPITAUX CASABLANCA -

PATENTE : 36300382 - IF : 15261205 - ICE : 000149143000094 - INPE : 091034413

Tél.: 0522 22 53 27 | Fax : 0522 22 53 27 | Email : cabinet.dr.hananebougteb@gmail.com



**04/10/2022**

Casablanca le \_\_\_\_\_

**COMPTE RENDU D'ECHOCARDIOGRAPHIE**

**THIYFA KAMAL**

**64ans diabétique sous RHD dyslipidémie légère sous régime , HTA blouse  
blanche , Tabagique sevré à 10PA depuis 1998 , bilan de blockpnée au repos  
sportif examen au repos RAS , ECG au repos sans anomalies**

**MESURES TM :**

Ao=29mm ; OG=34mm ; OS=19mm

DTDvg/DTSvg=48/29mm; SIV/PP=09/09mm; PR=38% ; FE=68% masse du VG 171g

**COMMENTAIRES :**

-VG non dilaté, non hypertrophié de bonne fonction systolique globale et segmentaire FEVG = 64% au Simpson biplan . Absence de troubles francs de la cinétique segmentaire ressaut de la paroi inféro-latérale ,pas d'image de thrombus ni d'anévrisme.

Profil mitral type anomalie de la relaxation avec des pressions de remplissage basses (E/A=0.9 E/e'= 5.9)

- SIV de courbure -SIA légèrement lâche sans véritable ASIA ni FOP ni CIA

- Massif auriculaire libre en ETT non dilatée SOG à 17.7cm<sup>2</sup> SOD= 14cm<sup>2</sup>

- Sigmoides aortiques peu remaniées à 3 cuspidés sans fuite et sans rétrécissement aortique

- Valves mitrales fines sans fente ni prolapsus sans fuite et sans sténose

- Cavités droites non dilatées bonne fonction systolique du VD: S'vd à 12.6cm/s VD

IT minime PAPS à 22+5mmHg , voie pulmonaire libre sans sténose

- VCI fine et libre à 12mm variant bien avec la respiration

- Péricarde sec et fin

- Aorte ascendante initiale , descendante et crosse de calibre normal .

- Absence d'épanchement pleural.

**CONCLUSION**

Bonne fonction systolique du VG FE 64% sans troubles de la cinétique segmentaire ni hypertrophie des parois

Pressions de remplissage gauches basses

Absence de valvulopathie significative

VD non dilaté de bonne fonction sans HTP ,

Absence d'atteinte pleuro péricardique

A compléter par un test d'effort

**Signature : Dr H. BOUGTEB**

**Dr BOUGTEB Hanane**

*Spécialiste en Pathologie  
Cardio-Vasculaire*

*Diplômée de la Faculté  
de Médecine Hassan II de Casablanca  
DIU d'Echocardiographie  
et d'épreuve d'effort  
Université de Bordeaux Segalen 2*

**الدركتورة بوشطب حنان**  
**أخصائية في أمراض القلب  
والشرايين**

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء  
حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى  
وفحص الجهد وإعادة التأهيل  
القلب والأوعية بجامعة بوردو سيغالين 2

Casablanca le  
**04 octobre 2022**

**Mr. THIYFA KAMAL**

Régime peu salé diabétique et pauvres en graisses

RELAXIUM B6 375MG

1gelule le soir 1mois



115, إقامة أنوال أوفيس الطابق 1 الرقم 2 شارع أنوال حي المستشفيات الدارالبيضاء  
115, Anoual Office 1<sup>er</sup> Etage Appt. N°2 Bd Anoual Quartier des Hôpitaux - Casablanca  
Tél. : 05 22 22 53 27 - GSM : 07 07 78 78 00 - E-mail : cabinet.dr.hananebougteb@gmail.com  
Patente 36300382 - IF 15261205 - ICE 000149143000094