

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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

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.

|                                                                   |                                                  |                                         |                                       |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>                           | <input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>         | <input type="checkbox"/> <b>Optique</b> | <input type="checkbox"/> <b>Autre</b> |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)                                    |                                                  |                                         |                                       |
| Matricule : <b>2083</b>                                           | Société : <b>RAM</b>                             |                                         |                                       |
| <input type="checkbox"/> Actif                                    | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre :        | <b>MARIKH Moulane</b>                 |
| Nom & Prénom :                                                    |                                                  |                                         |                                       |
| Date de naissance : <b>05-01-1944</b>                             |                                                  |                                         |                                       |
| Adresse : <b>50 Rue Leonais de Vinci - Dabghel</b>                |                                                  |                                         |                                       |
| Tél. : <b>0677464360</b> Total des frais engagés : <b>1924,30</b> |                                                  |                                         |                                       |

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                   |                                 |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--|
| Cadre réservé au Médecin                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                   |                                 |  |
| Cachet du médecin :                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                   |                                 |  |
| <br><b>DR. M. BOUZOUBAÂA</b><br><b>CARDIOLOGUE</b><br><b>13, Bd Ain Tassibaït Ien face Clinique Badr'</b><br><b>Ras. Ilies, N°6 - Bourgogne - Casablanca</b><br><b>Tél : 05 22 21 20 20 - Fax : 05 22 21 15 15</b>  |                                   |                                 |  |
| Date de consultation : <b>15/10/2022</b>                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Naïf Kh. No. Hamed</b>         |                                 |  |
| Nom et prénom du malade :                                                                                                                                                                                                                                                                              | Age : <b>1944</b>                 |                                 |  |
| Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> 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.                                                                                                                                      |                                   |                                 |  |
| <br><b>MUPRAS</b><br><b>25 OCT. 2022</b>                                                                                                                                                                           |                                   |                                 |  |
| J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je                                                                                                                                                                                                         |                                   |                                 |  |
| avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.                                                                                                                                                                                                                |                                   |                                 |  |
| Fait à : <b>RAM</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                   |                                 |  |
| Signature de l'adhérent(e) :                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                   |                                 |  |
| <br><b>DR. M. BOUZOUBAÂA</b><br><b>CARDIOLOGUE</b><br><b>13, Bd Ain Tassibaït Ien face Clinique Badr'</b><br><b>Ras. Ilies, N°6 - Bourgogne - Casablanca</b><br><b>Tél : 05 22 21 20 20 - Fax : 05 22 21 15 15</b> |                                   |                                 |  |

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

| Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes                                                                            |
|-------------------|-----------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 12022             | Ox ECG                | 3000 dh                         | INP : LIVOUZOUA<br>Dr. M. BOUZOUE<br>CARDIOLOGUE<br>13, Bd Ain Taoujite (en face clinique<br>Bouzoua) - B.P. 27 20 20 - Fax : 05 22 21 15 |
|                   |                       |                                 |                                                                                                                                           |
|                   |                       |                                 |                                                                                                                                           |
|                   |                       |                                 |                                                                                                                                           |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Bachat du Pharmacien<br>ou du Fournisseur                                                                             | Date     | Montant de la Facture |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| ARMACIE GHALLEF<br>c. EL KADRI GUEDACH Lail.<br>Docteur en Pharmacie<br>Rue Al Amin-Dero Ghali<br>Tél: 05 22 25 28 51 | 15/02/22 | 824,30                |

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| Bachet et signature du<br>Dactylographe et du Radiologue                    | Date       | Désignation des<br>Coefficients | Montant<br>des Honoraires |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------------------|---------------------------|
| Dr. M. BOUZOUA<br>CARDIOLOGUE<br>Maison de Santé Clinique<br>38100 Grenoble | 15/10/2022 | échographie<br>Cardiaque        | 300€                      |

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

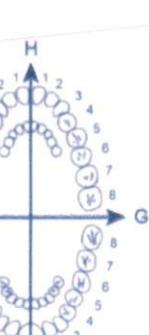
| Cachet et signature<br>du Particulier | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                       |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |

## **RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES                                                                      | Dents Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Nature des Soins | Coefficient | INP : [ ]                          |          |          |          |                                     |  |          |          |          |          |                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------|------------------------------------|----------|----------|----------|-------------------------------------|--|----------|----------|----------|----------|-------------------------------|
|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |             | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> [ ] |          |          |          |                                     |  |          |          |          |          |                               |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |             | <b>MONTANTS DES SOINS</b> [ ]      |          |          |          |                                     |  |          |          |          |          |                               |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |             | <b>DEBUT D'EXECUTION</b> [ ]       |          |          |          |                                     |  |          |          |          |          |                               |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |             | <b>FIN D'EXECUTION</b> [ ]         |          |          |          |                                     |  |          |          |          |          |                               |
| <b>O.D.F<br/>PROTHESES DENTAIRES</b>                                                 | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |             | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> [ ] |          |          |          |                                     |  |          |          |          |          |                               |
|  | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> |                  |             | 25533412                           | 21433552 | 00000000 | 00000000 | <input checked="" type="checkbox"/> |  | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | <b>MONTANTS DES SOINS</b> [ ] |
| 25533412                                                                             | 21433552                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                  |             |                                    |          |          |          |                                     |  |          |          |          |          |                               |
| 00000000                                                                             | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                  |             |                                    |          |          |          |                                     |  |          |          |          |          |                               |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |             |                                    |          |          |          |                                     |  |          |          |          |          |                               |
| 00000000                                                                             | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                  |             |                                    |          |          |          |                                     |  |          |          |          |          |                               |
| 35533411                                                                             | 11433553                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                  |             |                                    |          |          |          |                                     |  |          |          |          |          |                               |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |             | <b>DATE DU DEVIS</b> [ ]           |          |          |          |                                     |  |          |          |          |          |                               |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |             | <b>DATE DE L'EXECUTION</b> [ ]     |          |          |          |                                     |  |          |          |          |          |                               |

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

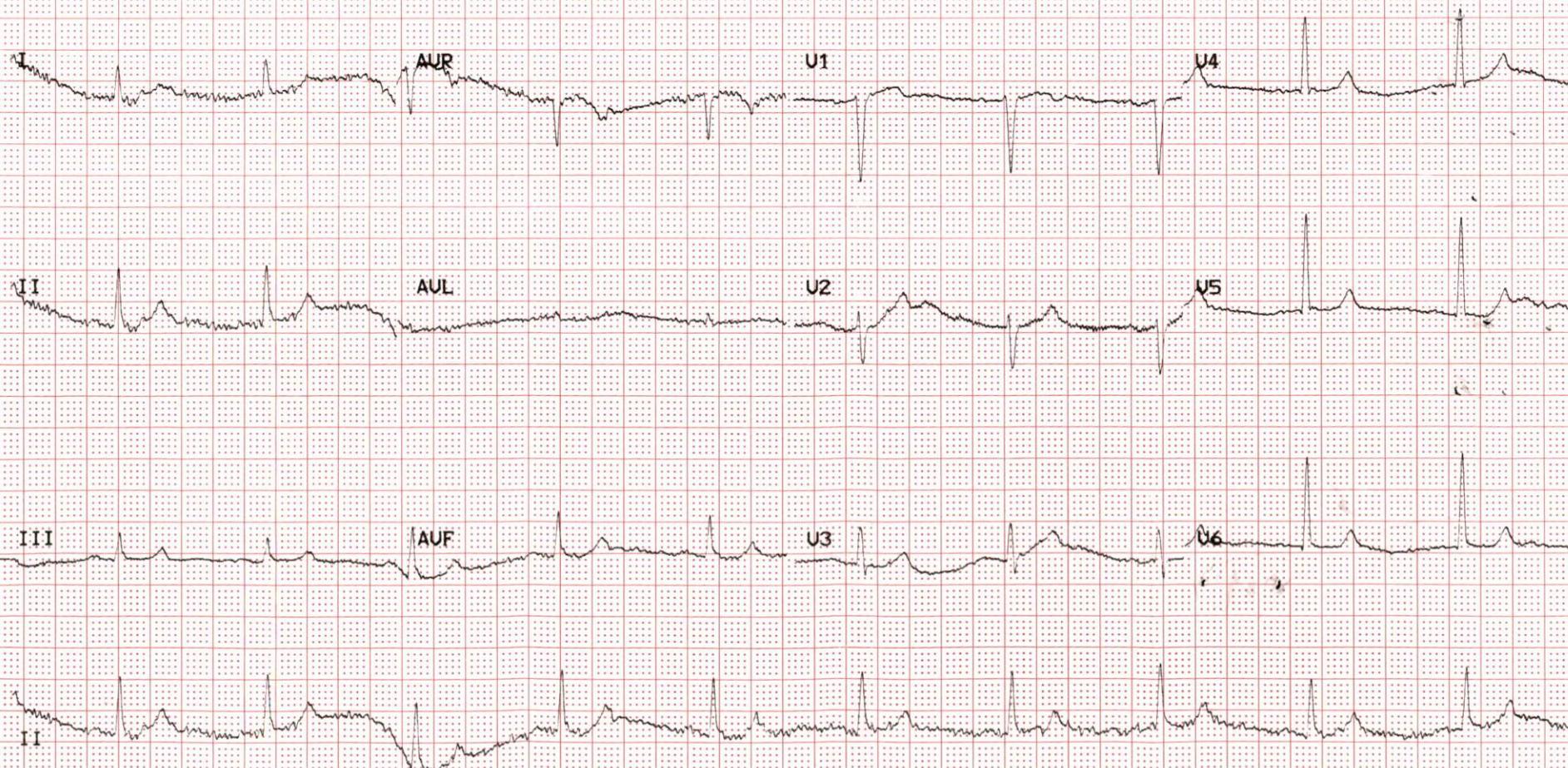
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

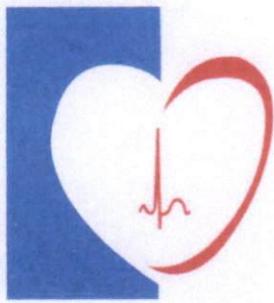
Résultats mesures:

QRS : ms  
QT/QTcB : / ms  
PQ : ms  
P : ms  
RR/PP : / ms  
P/QRS/T : / / degrés  
QTD/QTcBD : ms  
Sokolow : mU  
NK :

Interprétation:

rapport non confirmé .





# CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

..... 15/10/2022 .....  
باسم النافع

الدكتور محمد بو زوباع  
أمراض القلب والشرايين

## NOTE D'HONORAIRES

**Dr. M. BOUZOUBAÂ**

**CARDIOLOGUE**

J'ai l'honneur de présenter mes meilleures salutations

à Mr MARIKH MOHAMED .....

Et lui adresse selon l'usage, ma note d'honoraires,

Consultation +ECG = 300 DH

Echodoppler cardiaque = 800 DH

soit la somme de : 1100 DH (Mille cent DHs).

**Holter Tensionel**

Dr. M. BOUZOUBAÂ  
CARDIOLOGUE  
13 Bd Aïn Taoujتate (en face de Clinique Badr)  
Résidence ILIAS, Appartement N°6 Bourgogne - Casablanca  
Tél. 05 22 27 20 20 - Fax : 05 22 27 15 15 - [cardiobouzoubaa@gmail.com](mailto:cardiobouzoubaa@gmail.com)

**Epreuve d'Effort**

**Urgences Cardiologiques**

**CABINET DE CARDIOLOGIE  
ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES  
Dr M. BOUZOUBAA**

Name **MARIKH, MOHAMED**  
Birthdate **05/01/1944**

Age **78**

Date **15/10/2022**

**2D**

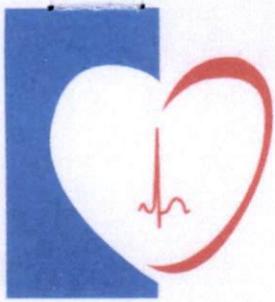
|                              |                      |
|------------------------------|----------------------|
| OG Surf                      | 14.7 cm <sup>2</sup> |
| VGd Long(4cav)               | 8.3 cm               |
| Vol.VG.tD<br>(sim.4cav)      | 74 ml                |
| VGs Long(A4C)                | 6.2 cm               |
| Vol.VG.tS<br>(sim.4cav)      | 24 ml                |
| FE VG (sim.A4C)              | 67 %                 |
| Vol. Eject.<br>(simpson A4C) | 50 ml                |

**M-Mode**

|                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| SIVd                   | 0.6 cm                 |
| VGd                    | 5.2 cm                 |
| PPVGd                  | 0.8 cm                 |
| Vol.Téléd(Teich)       | 127 ml                 |
| Mas. VGd.ind.<br>(ASE) | 66.69 g/m <sup>2</sup> |
| Ao Diam                | 2.9 cm                 |
| OG Diam                | 3.9 cm                 |
| VA Cusp                | 1.7 cm                 |
| OG/Ao                  | 1.33                   |

**Doppler**

|              |                      |
|--------------|----------------------|
| VM E Vit     | 0.47 m/s             |
| VM T.déc     | 285 ms               |
| VM Pente Dec | 1.7 m/s <sup>2</sup> |
| VM A Vit     | 0.56 m/s             |
| VM E/A Ratio | 0.84                 |
| VA Vmax      | 1.11 m/s             |
| VA GDmax     | 4.97 mmHg            |



# CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Le 15/10/2022 ..... باسام النافعي

Mr MARIKH MOHAMED

## ECHO-DOPPLER CARDIAQUE

- Patient peu échogène.
  - VG non dilaté, non hypertrophié, de fonction systolique conservée, contractilité globale conservée (FE au simpson à 65%), anomalie de la fonction diastolique à type de trouble de la relaxation VG.
  - OG non dilatée, libre d'Echo.
  - Cavités droites non dilatées, PAPS à 12 mmHg.
  - Structures valvulaires d'ouvertures correctes, sans fuites hémodynamiquement significatives.
  - Péricarde sec.
  - VCI non dilatée.
- Au total :
- VG de fonction systolique et contractilité globale conservée (FE au simpson à 65%), trouble relaxation VG.
  - Pas d'HTAP.
  - Pas de thrombus intracavitaire visible ce jour.

Dr. M. BOUZOUBAA  
CARDIOLOGUE  
13, Bd Aïn Taoujتate (en face Clinique Badr), Résidence ILIAS, apt N°6 Bourgogne  
20050 Casablanca – Tél. : 05 22 27 20 20 – Fax : 05 22 27 15 15 – cardiobouzoubaa@gmail.com

الدكتور محمد بوزوبع  
أمراض القلب والشرايين

Dr. M. BOUZOUBAA

**CARDIOLOGUE**

Echocardiographie Doppler Couleur

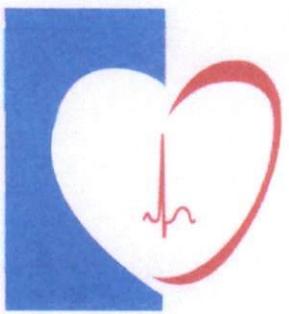
Echo Doppler Veineux et Artériel

Holter Tensionel

Holter Rythmique

Epreuve d'Effort

Urgences Cardiologiques



# CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Le 15/10/2022

بام النافى

Mr MARIKH MOHAMED

الدكتور محمد بوزباع

أمراض القلب والشرايين

Dr. M. BOUZOUBAA

CARDIOLOGUE

Echocardiographie Doppler Couleur

Echo Doppler Veineux et Artériel

Holter Tensionel

Holter Rythmique

Epreuve d'Effort

Urgences Cardiologiques

2

1/ CARDENSIEL 5

58,10 د.ج

Cardensiel® 5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 58,10 DH

1CP / J Matin

Cardensiel® 5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 58,10 DH

7862160239

2

2/ ROSUVAS 10

157,8 د.ج

PPV: 157 DH 80

157 DH 80

1CP / J Soir

3

3/ CARDIO-ASPIRINE

27,70 د.ج

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

1CP / J Midi

2

4/ ARTEMON 5/5

154,40 د.ج

LOT N°:  
EXP:  
PPV:

LOT N°:  
EXP:  
PPV:

154,17 د.ج

1CP / J Midi

ARMACIE GHALLE  
KADRIAGUEDACH Lail  
teur en Pharmacie  
Badr Al Assari - Derb Ghalle,  
L: 05 22 25 28 51

Traitement de 3.... Mois

TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VISITE.

Dr. M. BOUZOUBAA  
CARDIOLOGUE  
13, Bd Ain Taoujilate (en face Clinique Badr)  
Rés. ILIAS, N°6 - Bourgogne Casablanca  
Tél : 05 22 27 20 20 - Fax : 05 22 27 15 15