

# 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.



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule :	2783	Société :	RAM Pay carburant
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné[e]	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		LAHLAN AHMED	
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	0661372414	Total des frais engagés :	
Dhs			

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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 **M23-0008272**

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 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



## Déclaration de Maladie

M22- N° 000729

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2783 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Lahou Ahmed

Date de naissance :

28-01-1955

Adresse : BLOC B N° 162 CITI ALHOUDA AGADIR

Tél. : 06.61.37.14.14 Total des frais engagés : 13.06,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/03/23

Nom et prénom du malade : A Galia Jemaa Age : 1968

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Cardiopathie

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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 : Agadir

Le : 30/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

M22- N° 000729

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 : 2783

Nom de l'adhérent(e) : Lahou Ahmed

Total des frais engagés : 13.06,10

Date de dépôt :

## **RELEVE 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
22.03.93	CSq ECG		300.00 4	الدكتور عبد الله ادجر افتراضي امراض القلب والشرايين عمارة طلوريد شقة 201 مدخل المسن الثاني اكيادير - المحمدية 25 28 82 38 49
	ECG Cullen		800.00 1100	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HOUCH Dr. SOUNIB HOUCH LTELHOUDA N°6 LOCAL N°3 AGABIR TÉL: 04 28 32 96	20.03.23	246.10

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

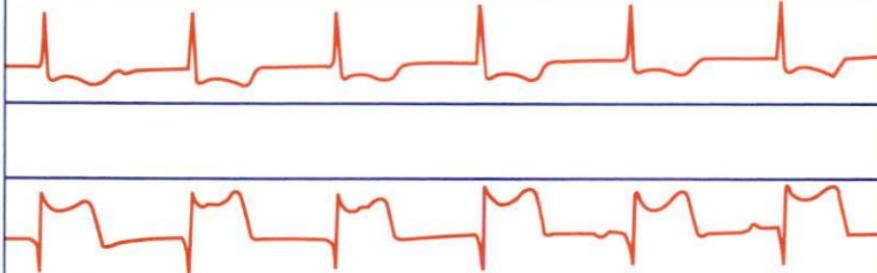
**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

# CABINET DE CARDIOLOGIE

Dr. Abdallah ADJAR

N° 24, Imm. Fleurida Avenue Hassan II  
(En face place des Taxis Batoire) Agadir  
Tél: 05.28.82.38.49 - GSM: 06.61.53.04.34  
E-mail: adjab.card@gmail.com

## ELECTROCARDIOGRAMME



Prière de ramener cet examen lors de la prochaine consultation

# عيادة أمراض القلب والشرايين

الدكتور عبد الله أджار

رقم 24 الطابق الثاني عمارة فلوريدا شارع الحسن الثاني  
(مقابل محطة الطاكسيات الباطر) أكادير

الهاتف : 06.61.53.04.34 - المحمول: 05.28.82.38.49  
البريد الإلكتروني : adjab.card@gmail.com

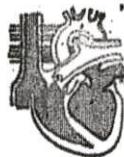
الاسم : AGaliou Jemiaa

التاريخ : ٢٠٠٣٢٣

الرجو منكم أن تكونوا مرفوقين بنتائج التحاليل عند كل زيارة للعيادة

**Dr. Abdallah ADJAR**

**Cardiologue**



**الدكتور عبد الله ادجارد**

**طبيب القلب**

- Diplômé de l'Université de Paris
- Spécialiste des maladies du Coeur et des vaisseaux
- Ancien Attaché des Hôpitaux de France
- Membre associé de la société Française de cardiologie
- Explorations Cardio-Vasculaires (Adulte et Enfant)

- طبيب جامعة باريس بفرنسا
- طبيب متخصص في أمراض القلب والشرايين
- اختصاصي سابق بمستشفيات فرنسا
- عضو الجمعية الفرنسية لأمراض القلب
- فحوص القلب والشرايين

Agadir, le : 20/03/23 آفادير في :

## NOTE D'HONORAIRES

Je soussigné certifie avoir reçu de (Mme), (Mr), (Melle) : .....

A Galion

Jamiaa

La somme de : 3.000.00 + 800.00

Pour:  Visite Médicale : 200.00

ECG : 100.00

Echodoppler Cardiaque : 800.00

Epreuve D'effort : .....  
الدكتور عبد الله ادجارد

Holter Tensionnel : .....  
الخصائص في أمراض القلب والشرايين

Holter Rythmique : .....  
عمراء 2022

Echodoppler Vasculaire : .....  
آفادير - العافية 2023

- Arteriel : .....  
05.28.82.38.49

- Veineux : .....  
05.28.82.38.49

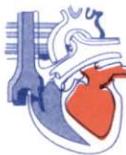
TOTAL : Mon Dieu

Arrêtée la facture à la Somme de : Mille Cent Dollars

**Signature :**



- Diplômé de l'Université de Paris
- Spécialiste des maladies du Coeur et des Vaisseaux
- Ancien Attaché des Hôpitaux de France
- Membre associé de la société Française de cardiologie
- Explorations Cardio-Vasculaires (Adulte et Enfant)



- خريج جامعة باريس بفرنسا
- طبيب متخصص في أمراض القلب والشرايين
- اختصاصي سابق بمستشفيات فرنسا
- عضو الجمعية الفرنسية لأمراض القلب
- فحوص القلب والشرايين

Agadir, le : 20/03/2023 أكادير، في :

N° ABALIOU JENIAA =



1) 59.10  
2) LODOR 2,5 / 6125

ot sans

GRAS

0 - 1 - 0



1 - 0 - 0

1 - 0 - 1



87.70

3) VASCOR 35.

PHARMACIE HOUCHE

Dr.Soumia HOUCHE

LOELJIOURA N°49 LOCALE N°3 AGADIR

TÉL: 05 28 32 06 86

1/4 qd au concheev

QSP 3 mois.

69.30

4) NATISPRAM 0.3

1 applic. en SP/L

216.10

Rendez-Vous le :



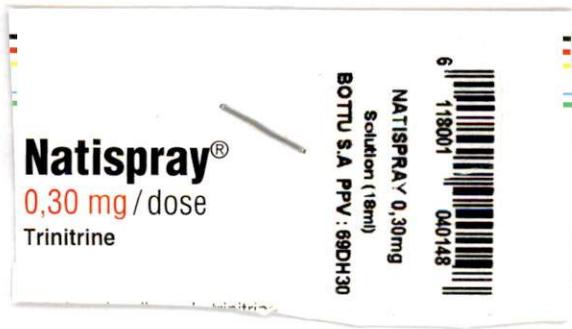
الدكتور عبد الله أدارج  
اختصاصي في أمراض القلب والشرايين  
عمارة فلوريدا شقة 24 شارع الحسن الثاني  
أكادير - الهاتف: 05 28 38 49

PHARMACIE HOUCHE

Dr.Soumia HOUCHE

LOELJIOURA N°49 LOCALE N°3 AGADIR

TÉL: 05 28 32 06 86



*Cabinet de Cardiologie*

*Dr. Abdallah ADJAR*

*Imm. Fleurida - Av. Hassan II*

*Tél./Fax: 05 28 82 38 49 - Agadir*

ECHODOPPLER CARDIAQUE

Nom : .....

A Galiau

Prénom : .....

Jenniaa

Medecin demandeur : .....

Date : .....

20.03.23

الدكتور عبد الله ادجار  
أخصاص في أمراض القلب والشرايين  
عمارة فلوريدا شقة 24 شارع الحسن الثاني  
أكادير - المغرب : 05 28 82 38 49

# COMPTE RENDU D'ECHO - DOPPLER CARDIAQUE

Nom : Agathon Prénom : Jemaa Age : 1968  
 Date : 20.03.23 Médecin demandeur :  
 Contexte Clinique : Boîte et STC  
 Visibilité :

	MESURES TM et 2D		NLE ADULTE	MESURES DOPPLER	NLE ADULTE		
VD	ø		7-23 mm	<b>MITRALE</b> Onde E Onde A E/V 0,7 VTI 21  <b>EO (DT)</b> <b>T.Decel.E</b>	0,47 0,7 > 8 cm/s 150-220 ms		
VG	ø TD	57	35-57 mm				
	ø TS	45	25-41 mm				
	FR		H ≥ 25% F ≥ 27%				
SIV	Ep D	13	6-8 mm	<b>AORTE</b> VTI PHT (T.A)	>16+3cm		
	Ep S	/	8-11 mm				
PP	Ep D Ep S	13 /	6-11 mm 9-14 mm	vitesse sous AO VTI	1-1.5m/sec 40		
OG	H S L I	46	H=19-40 mm S ≤ 15cm <sup>2</sup>				
OD	S L I			<b>PULMONAIRE</b> Grad. Proto D S/D Onde A Grad. tele D Ap	mmHg PAP >1 <35 cm/s Pap d		
FE		66	≥ 55%				
ø SOUS AORT ø AORT ø SIGM		36	20.37 mm 15-26 mm				
<b>TRICUSPIDÉ</b> Gradient IT Pression OD							
PAPs: mmHg							

## GRADIENTS (G) ET SURFACES (S).

Gmax	AORTE Gmoy	S	Gmax	MITRALE S	S plan
	RA Serré Si S < 0.7cm <sup>2</sup>			RM Serré Si S < 1.2cm <sup>2</sup>	270

Mitrale : .....

Aorte : .....

Ventricule gauche : Hypolivérèse UF LAT

Doppler du VG

Oreillette gauche : peu dilaté

Cavités droites : nls

Septum inter-auriculaire : .....

Péricarde : Sec

Doppler couleur et pulsé : .....

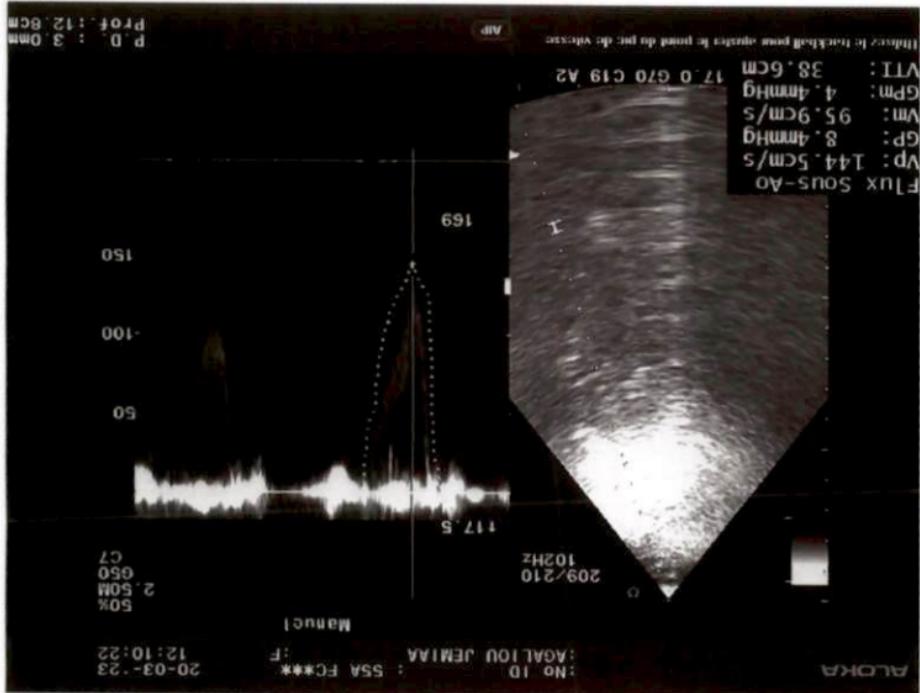
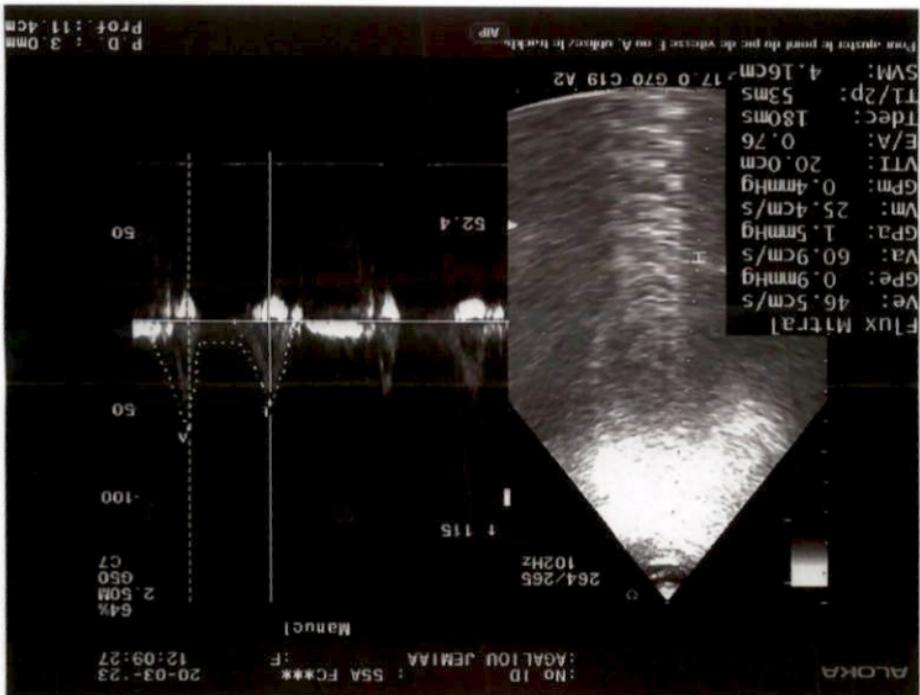
**CONCLUSION :** Card. ISCH. et HTENSIVE A

Fuite emboîée - Hypotension réf lat.

Is de Valvulopathie significative -

Ps d'ép péricard.

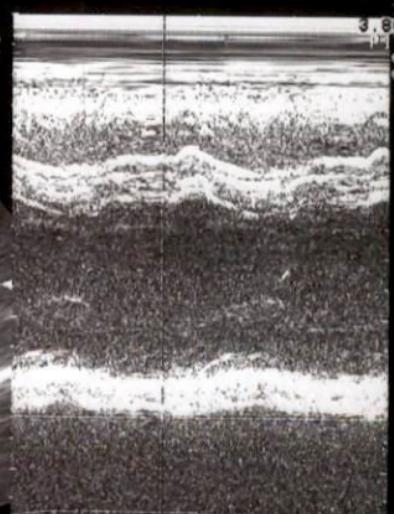
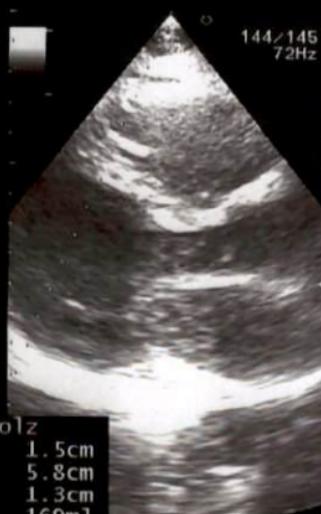
→ Card. en VIGENCE



ALOKA

:No ID : 55A FC\*\*\*  
:AGALIOU JEMIAA :F

20-03-123  
12:04:47



Teichholz

SIVd: 1.5cm  
DVGD: 5.8cm  
PPVGD: 1.3cm  
Vd: 169ml  
MVG: 373g

17.0 G70 C19 A2

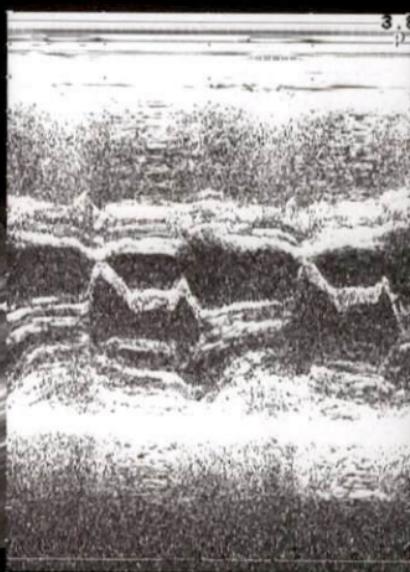
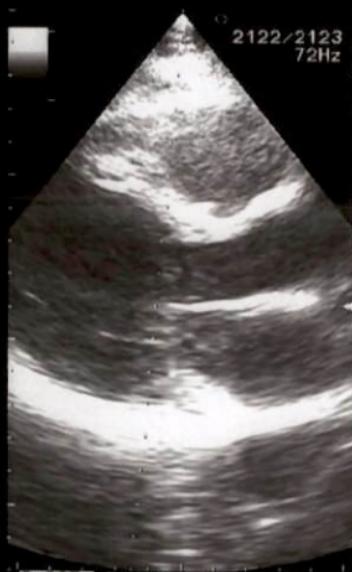
Marquez le point postérieur de PP en Télééchotéle

AIR

LOKA

:No ID : 55A FC\*\*\*  
:AGALIOU JEMIAA :F

20-03-123  
12:03:48

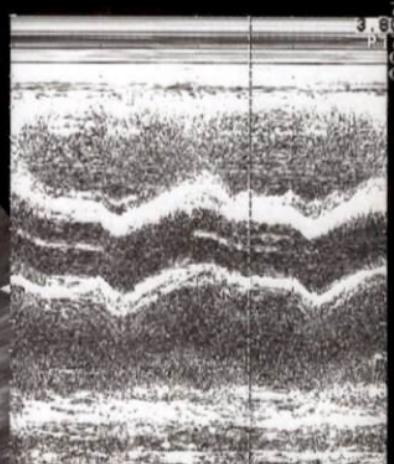
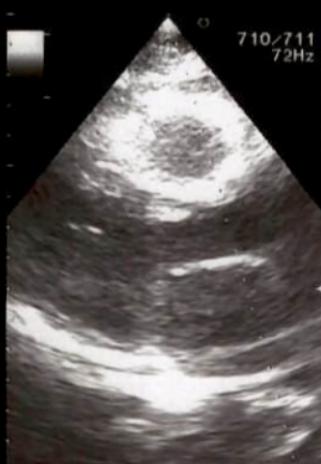


3.80Rx P17.0 G70 C19 A2

ALOKA

:No ID : 55A FC\*\*\*  
:AGALIOU JEMIAA :F

20-03-123  
12:02:52



OG/AO

OGs: 4.6cm  
DAod: 3.5cm  
OG/AO: 1.33

17.0 G70 C19 A2

Marquez le point postérieur de OG en Télééchotéle

AIR

ALOKA

:No ID : 55A FC\*\*\*  
:AGALIOU JEMIAA :F

20-03-23  
12:08:21

65%

2647/2705  
102Hz

Simpson(Disc)

LVG4d: 5.4cm

SVG4d:

33.04cm<sup>2</sup>

LVG4s: 4.5cm

SVG4s:

16.42cm<sup>2</sup>

Vd: 151ml

Vs: 51ml

VE: 100ml

FE: 66.4% 17.0 G71 C19 A2

Utilisez le trackball pour ajuster la position du grand axe

AIP

ALOKA

:No ID : 55A FC\*\*\*  
:AGALIOU JEMIAA :F

20-03-23  
12:05:41

65%

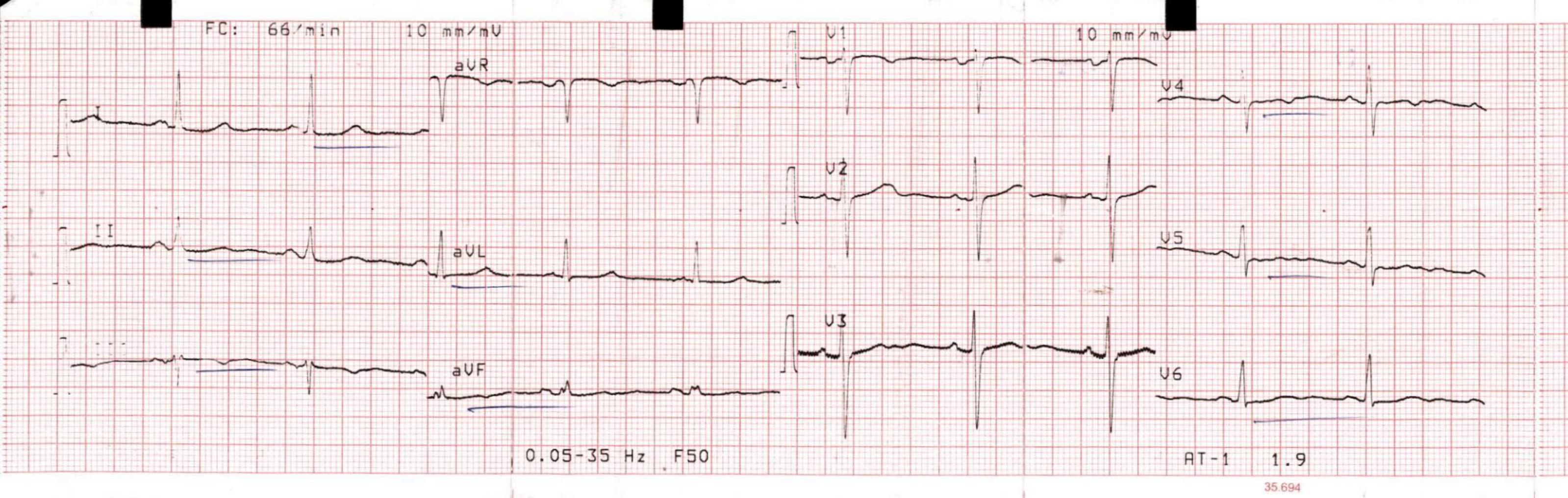
1823/1856  
102Hz

SVM

SVM: 2.70cm<sup>2</sup> 17.0 G70 C19 A2

21:Cardio

AIP



No pat.:  
No pat.:  
Né:  
Age:  
Sexe:  
Taille:  
Poids:  
TA: 15/~~17~~ mmHg  
Méd:

الدكتور عبد الله ادجر  
اختصاص في أمراض القلب والشرايين  
ممارسة متعددة شقة 24 شارع الحسن الثاني  
الدار البيضاء - الهاتف: 05 28 82 38 49

35.694

20-03-23

AT-1 1.9

Abdullah Jemaa

FC: 66/min