

# 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° M21- 0034589

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00445 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EL AIL Hassan.  
 Date de naissance : 29.09.1944  
 Adresse : 309, Av. B. HAY MASTIL, CASABLANCA.  
 Tél. : 0644014712. Total des frais engagés : 1000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 26.01.2023  
 Nom et prénom du malade : Age: 1944  
 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 : Casablanca Le : 26.01.2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
26/04/23	C-CC		3200	
26/04/23	C-CC	1	3200	

[illegible]

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

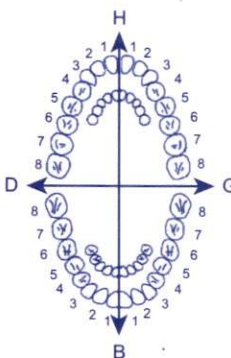
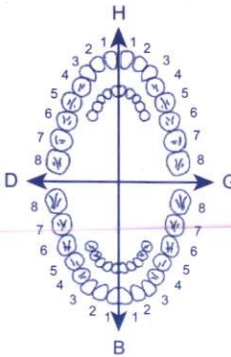
[illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.**

[illegible]

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Kadi Anis CARDIOLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine de  
L'université d'état Lomonossov de Moscou

Ex-interne du Centre de Recherche  
Cardiovasculaire Bakulev



**Cabinet d'Explorations  
Cardio-Vasculaire**

الدكتور قاضي أنيس  
أمراض القلب و الشرايين

خريج كلية الطب بجامعة  
موسكو الحكومية لومونسوف

خريج مركز أبحاث القلب  
والأوعية الدموية باكولف

Casablanca, Le ..... الدار البيضاء في

## NOTE D'HONORAIRE

Le Docteur Kadi Anis, prie Mr/Mme El Ail Hassan  
d'accepter l'expression de ses sentiments distinguées  
et lui présente suivant l'usage, sa note d'honoraire pour,

- La consultation + ECG :	300 Dhs
- L'échocardiographie :	700 Dhs
Total s'élevant à la somme de	<b>1000 Dhs</b>

Docteur KADI ANIS  
CARDIOLOGUE  
Iman Center, Arrachid Med Ety / N°2  
CASA BLANCA 20110

Date : 26/07/2023

+212 5 22 31 53 48 URGENCE +212 6 61 41 57 72 @cardiokad@gmail.com

IMAN CENTER Rue Arrachid Mohamed, Étage 7<sup>ème</sup>, N°2 (Angle Av. des Forces Armées Royale)  
CASA BLANCA 20110 مركز إيمان زنقة الرشيد محمد (زاوية شارع الجيش الملكي) الطابق 7، رقم 2، الدار البيضاء

## Commentaires

- 1/ VG non dilaté, hypertrophié. Contractilité globale modérément altérée. Hypokinésie septo-basal, et en ASA. Dysfonction systolique VG, FeVG =45% (2D Simp.BP)
- 2/ Massif auriculaire dilaté / libre d'écho
- 3/ Profil mitral de type trouble de la relaxation, Pressions de remplissage non élevées
- 4/ VM fine, souple. Dilatation de l'anneau mitral. Tenting de la VM, IM secondaire Grade I fort. Pas de sténoses
- 5/ VAo tricuspide. Diamètre de la racine aortique normal. Pas de fuite ni retrecissement.
- 6/ Cavités droites non dilatés / Dilatation de l'anneau VT
- 7/ Fonction longitudinale et systolique VD correcte
- 8/ IT Grade I, Pas d'HTAP / VCI non dilatée, compliant
- 9/ Pericarde sec

**Au total: Amélioration de la fonction cardiaque globale comparativement à l'examen 31.05.23**  
**Cardiopathie ischémique au stade de dysfonction VG modérée FeVG=45% (2D.Simp BP)**  
**IM secondaire Grade I fort**  
**Dysfonction diastolique Grade I - PRVG basse**  
**IT grade I, Pas d'HTAP, VCI non dilatée qui respire**  
**Fonction longitudinale et systolique VD correcte**  
**Massif auriculaire dilaté**

## Signature

Signature:

Nom(Imprimer):



Date:

## Ventricule droit

Vit S VD	
Vit	15.5 cm/s

## Oreillette gauche

Dimens OG (TM)	3.3 cm
----------------	--------

## Oreillette droite

Pression OD	5 mmHg	Diam VCI	1.53 cm
-------------	--------	----------	---------

## Valve aortique

Diam racine Ao (TM)	3.1 cm	OG/Ao (TM)	1.06	SVA (Vmax)	2.55 cm <sup>2</sup>
Diam sinus Ao	3.33 cm	VA Vmax		SVA (ITV)	2.77 cm <sup>2</sup>
		GP max	8 mmHg		
		Vmax	137 cm/s		
Diam anneau Ao	2.46 cm	VA ITV		SVA(ITV)/SC	1.45
		GP moy	3 mmHg		
		ITV	27.7 cm		
		Vmoy	84.2 cm/s		
FC - VA	42 bpm	VA VV	0.74		

## Valve mitrale

VM Tmi-p		Vit pic A VM		E/Ea méd	16.3
Tmi-p	95 ms	Vit	110 cm/s		
		GP	5 mmHg		
Pente déc VM	188 cm/s <sup>2</sup>	E/A VM	0.6	E/Ea lat	8.3
SVM (Tmi-p)	2.32 cm <sup>2</sup>	Vit Ea méd	3.74 cm/s		
Vit pic E VM		Vit Ea lat	7.40 cm/s		
Vit	61.1 cm/s				
GP	1 mmHg				
Temps	320 ms				

## Valve tricuspide

TAPSE	2.33 cm	IT Vmax		PSVD	13 mmHg
		GP max	8 mmHg		
		Vmax	140 cm/s		

## Informations d'identification du patient

**EL AIL, HASSAN**

**Date étude: 26/07/2023**

N° du patient: 0100472

N° d'accès:

N° altern:

Né(e) le: 29/09/1944

Age: 78a

Sexe: M

Ht: 176cm

Poids: 75kg

SC: 1.91 m<sup>2</sup>

Etablissement: Dr. KADI A. Cabinet De Cardiologie

Référé par:

Médecin principal: Dr. Kadi A.

Effectué par:



Commentaires: Suivi IC - Dyspnée St.III ---> St.I / HTA-DID-Coronarien non revascularise

## Echo adulte: Infos étude

TA sys / dias: 188 / 83

PAM: 118

☐ Fumeur

☒ Hypertension

☐ Stimulateur card.

☐ Antéc. rhumatisme articulaire

☐ Insuffis. card. congestive

Opérations:

### Indications

### Valve cardiaque artific.

☐ Souffle

Type:

Degré:

Arrythmie:

☐ Douleur thorac.

☐ Distension veineuse jugulaire

☐ Dyspnée

☐ Œdème périphérique

☐ Fatigue

☐ Ascite

☐ Syncope

☐ Infection

☐ Vertige

☐ Fièvre d'origine inconnue

☐ Hémoptysie

☐ AIT/Attaque cérébrale

Bioprothétique

Type:

Date:

Mécanique

Type:

Date:

## Echo adulte: Mesures et calculs

### Ventricule gauche

Diam CCVG	2.1 cm	VTS (2D-cube)	47.0 ml	VTD (BP)	138 ml
Surf CCVG	3.46 cm <sup>2</sup>	VE (2D-cube)	64.0 ml	VTS (BP)	75.0 ml
SIVd (TM)	1.30 cm	FR (2D-cube)	24.9 %	VE (BP)	63.0 ml
DIVGd (2D)	4.81 cm	FE (2D-cube)	57.7 %	FE (BP)	45.7 %
DIVGd (TM)	5.30 cm	IE (2D-cube)	33.5 ml/m <sup>2</sup>	VTD (TM-cube)	149 ml
PPVGd (2D)	0.833 cm	IE (BP)	33.0 ml/m <sup>2</sup>	VTS (TM-cube)	74.1 ml
PPVGd (TM)	0.915 cm	SIV/PPVG (TM)	1.42	VE (TM-cube)	74.9 ml

Nom: El ail  
Prénom: Hassan  
ID: 0100472  
DDN: 29-Sep-1944  
Age: 78ans  
Sex: M  
Taille: 176cm PAS: 188mmHg  
Poids: 75kg PAD: 83mmHg

26-Jul-2023 11:21:53

Fréq.Card: 70 BPM  
Int PR: 182 ms  
Dur.QRS: 114 ms  
QT/QTc: 395 / 415 ms  
Axes P-R-T: 83 26 58  
Moy RR: 854 ms  
QTcB: 427 ms  
QTcF: 416 ms

RYTHME SINUSAL AVEC DE FREQUENTES EXTRASYSTOLES SUPRAVENTRICULAIRES  
SIGNE EN FAVEUR D'HVG ET D'HYPERTROPHIE AURICULAIRE GAUCHE [OU D'UN ELARGISSEMENT DU QRS]  
INFARCTUS INFERIEUR PROBABLE [ONDE Q NECROSE DE 35 ms EN D2/D3/aVF], PROBABLEMENT ANCIEN  
ECG ANORMAL

Non confirmé



117320581988

Site Zero

Site # 0 App.# 0 ELI Link 4.11.6.0 Séquence # 13111 25mm/s 10mm/mV 0.05-150 Hz W