

# 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 : **11888**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **VEUVE SKOURI MOHAMED ( HJIRAT AMINA )**

Date de naissance :

**18/03/1950**

Adresse : **LOT-ILHAM RUE 4 N° 56 CASA**

Tél. : **0662.019550** Total des frais engagés : **1457,2** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr EL KIFANI Ahmed**  
**CARDIOLOGUE**  
82, Rue Soumaya - Casablanca  
Tél. : 05 22 98 72 37  
ICE : 001748483000083  
INPE : 091056705

Date de consultation : **21/07/2023**

Nom et prénom du malade : **HJIRAT AMINA** Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : **PALPITATIONS/DNID**  Enfant

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 : **Casa**

Le : **21/07/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**



## 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
21/07/23	+ S ECG		300.00	EL KIFANI AIMER SOURNAVA CASABLANCA 05 22 98 7237 05 22 98 7083 05 22 98 7083

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Commissaire	Date	Montant de la Facture
DR. MOUCIE HAY EL IWIYAK Rue El Oued 778 El M'Zab 3 El Oued Casablanca - Tel: 05-22-90-00	21/07/23	357,20

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<b>EL KHAN AL ABBAD RADIOPHOTOGRAPHIE Casablanca Scoubayva 98 72 31 05 22 1748433000083 081056705</b>	<u>21/07/2023</u>	ECHODOPPLER cardiaque	<u>800,00</u>

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

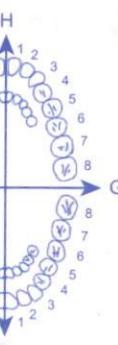
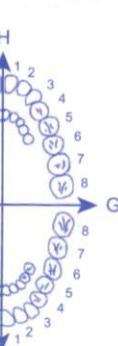
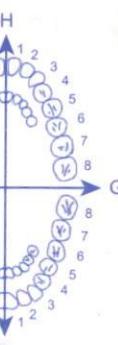
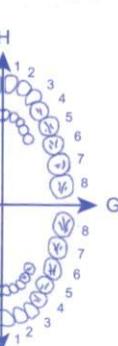
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		Montants des soins
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				Date du devis
				Date de l'exécution

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Nom: HJIRAT AMINA  
Date de naissance: 18/03/1950  
Sexe: Féminin  
Poids: -  
Taille: -

Identifiant: HJIRAT  
Médecin: cardio DR ELKIFANI AHMED  
Raison sociale:  
Téléphone: 0522987237  
Temps d'enregistrement: 21/07/2023 11:48:19

1/1

25 mm/s  
1L mm/mV

/ : Arrêt \ : Marche V : Marche HR: 70 bpm

0 sec. - 8 sec.



Rhythme Sinusal  
(RR 5A)  
Dr. EL KIFANI Ahmed  
CARDIOLOGUE  
82, Rue Soumaya - Casablanca  
Tel.: 05 22 98 72 37  
ICE: 001748483000083  
INPE: 091056705

Ms 340 m/s  
75



# Docteur Ahmed EL KIFANI

Faculté de Médecine de Limoges  
Ancien Assistant des Hôpitaux de FRANCE  
**SPECIALISTE DES MALADIES DU COEUR  
ET DES VAISSEAUX**



82, Rue Soumaya Angle Bd . Abdelmoumen  
(Immeuble RENAULT) Casablanca

: 05 22 98 72 37 / 05 22 25 26 19

# الدكتور أحمد الكيفاني

إختصاصي في أمراض القلب و الدورة الدموية

خريج كلية الطب بليموج

82، زنقة سمية - شارع عبد المؤمن  
( عمارة رونو ) - الدار البيضاء

: 05 22 98 72 37 / 05 22 25 26 19

Sur Rendez-vous

بالموعد

Casablanca, le 21/07/2023 الدار البيضاء في

Mme HJIRAT Amna  
D.o.b KERLONE 2008 SV

H, Ziegelhof 24, 17489 Greifswald, Ge.

BOTTU SA

PPV : 97DH90

Date de fabrication :  
A consommer de  
préférence avant fin :  
N° de lot :

04/2022  
04/2022  
022203

PPC = 95,00 DHS

54,30

89,00

→ D EXTRAMAG 300mg SV

54,30

54,30

89,00

→ D Diamicron 300mg SV

OT 23051 PER U520F  
PPV 21.00 DH

21,00 ZQ/8 05/2023

→ Librax 610mg SV

149,11 0,1mols

350,20

Dr. EL KIFANI  
CARDIOLOGUE  
82, Rue Soumaya  
Tel: 05 22 98 72 31  
ICE: 001748483000083  
INPE: 091056705

Docteur Ahmed ELKIFANI

CARDIOLOGUE

Inscription au CROM : 16331/97

82, rue Soumaya / Bd. Abdelmoumen

Maarif ; Casablanca ; MAROC

Tel : 0522987237/0522252619

Casablanca le : 21.07.2023

PATIENT : HJIRAT AMINA

Facture N° :

FACTURE POUR

CONSULTATION +ECG : ..... 300,00

ECHODOPPLER CARDIAQUE : ..... 700,00

ECHODOPPLER VASCULAIRE : ..... /

HOLTER TENSIONNEL : ..... /

HOLTER ECG (RYTHMIQUE) : ..... /

TOTAL = 1000,00

Dr. A. ELKIFANI

Dr. ELKIFANI Ahmed  
CARDIOLOGUE

82, Rue Soumaya - Casablanca

Tél. : 05 22 98 72 37

ICE : 001748483000083

INPE : 091056705

---

IF : 42504628 / ITP : 34772345 / ICE : 001748483000083

INPE : 091056705

# CABINET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

DR. A. ELKIFANI

PATIENT : Mme HJIRAT AMINA (73ans)

DATE : 21/07/2023

MOTIF : palpitations / HTA de stress

## ECHOCARDIOGRAPHIE 2D + TM

Le ventricule gauche : non dilaté (49/31mm). Cinétique pariétale normale. La fonction systolique est normale : FEVG estimée à 65% au biplan. Hypertrophie septale modérée (13mm).

L'oreillette gauche : non dilatée (21cm<sup>2</sup>)

Les cavités droites : non dilatées ; fonction VD systolique normale

L'aorte : dimensions normales et ouverture normale des sigmoïdes.

La valve mitrale : normale. Les valves tricuspidé et pulmonaire : normales

Le péricarde : normal. Pas de thrombus intra cavitaire

La VCI : non dilatée et se collabre bien à l'inspiration

## ETUDE DOPPLER : PULSE, CONTINU et COULEUR

FLUX MITRAL : normal. TDE=180ms ; TRIV=90ms. DTI normal

FLUX AORTIQUE : normal

FLUX TRICUSPIDÉ : IT grade 1/4; PAP systoliques normales

FLUX PULMONAIRE : normal

## CONCLUSION

Les fonctions ventriculaires gauches systolique et diastolique sont normales. Les pressions de remplissage sont normales. Les pressions pulmonaires sont normales.

Echodoppler cardiaque normal.





N°: MCI/CA AA 04/2019  
NM ISO 15 189

مختبر التحاليلات الطبية جنلاب "ام الربيع"  
*Laboratoire de biologie médicale Génelab*  
"Oum Rabiaâ"

Dr. Mohamed BENAZZOUZ  
Pharmacien Biologiste

الدكتور بنعزوز محمد  
صيدلي إحسانى



- Prière de vérifier vos données :
  - Nom et prénom
  - Date de naissance
  - Numéro de téléphone

- Nous vous rappelons que le changement de date sur les mutuelles et assurances est interdit par la loi
- Horaires d'ouvertures:  
Lundi au vendredi : 07h30 - 18h45  
Samedi : 07h30 - 13h00

Bd Oum Rabiaâ-Eloulfa-(en face siège RAM)  
imm"C"-Casablanca  
Tel : 0522931060 Fax : 0522931061  
Whatsapp : 0676845202



**Vous pouvez récupérer vos résultats à distance  
(Valable pour les dossiers totalement soldés) soit par:**

- QR code via votre téléphone
- Mail crypté (suite à votre demande) par la saisie de :  
l'année de naissance + 2 derniers chiffres du GSM

Dossier: 050923-040



Patient :Mme HJIRAT AMINA

Date naissance: 18/03/1950

Tel : / 066284525

Médecin Dr. : EL KIFANI AHMED,

Prélèvement du: 05/09/2023 09:55

Promis le : 06/09/2023 14:00

Total 0,00

Mt déjà réglé: 0,00

Reste à payer: 0,00

Analyses :

NFS/GLY/HG/U/CRFEMM U/CTA HD

Laboratoire certifié par  
**IMANOR**  
CERTIFICATION  
N° 2017 CSMQ.04 : 01  
NM ISO 9001 : 2015

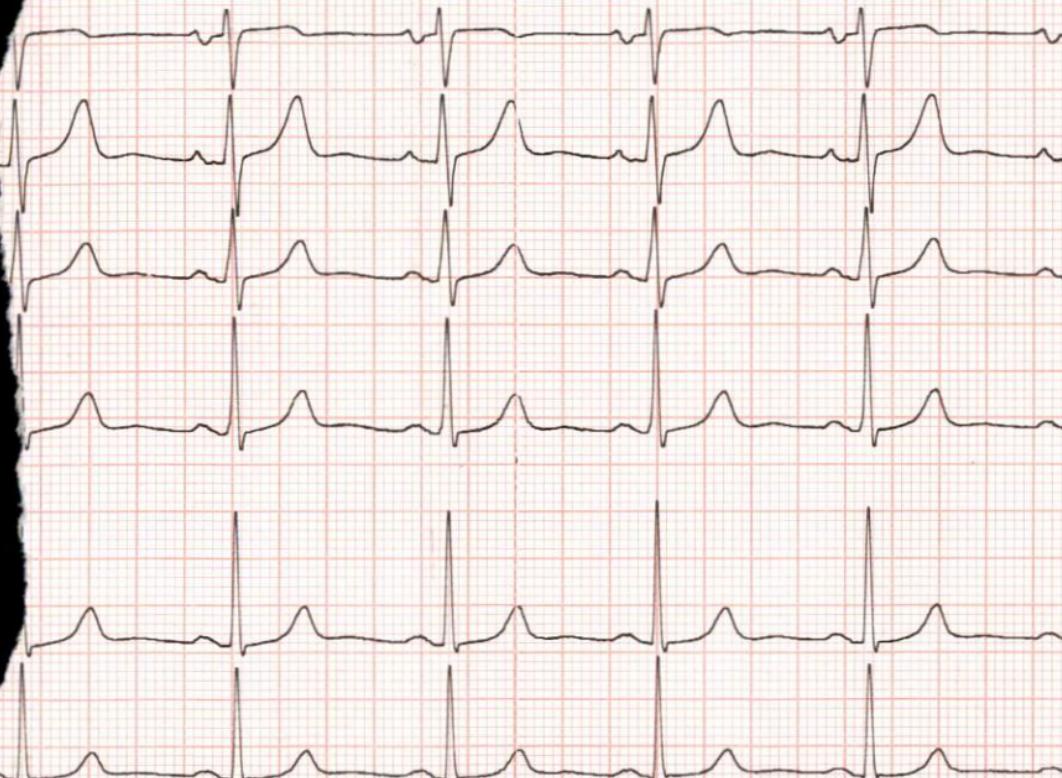
ID: 35

2023-07-15 06:15:09

HR : 66 bpm  
P : 120 ms  
PR : 152 ms  
QRS : 84 ms  
QT/QTc : 414/436 ms  
P/QRS/T : 60/24/19 °  
RV5/SV1 : 1.473/0.544 mV

Year  
Department:

Diagnosis Information:  
Sinus Rhythm  
\*\*\*Normal ECG\*\*\*



SEMIP 1.7 chu\*c

020

Report Confirmed by:

690