

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.



Déclaration de Maladie

M23-0026206

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00072168

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

AMINA Souktani

176744

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661712015

Total des frais engagés : 2.7395,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Parent

Enfant

Nature de la maladie :



Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : 25 SEP. 2023

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) :

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

Le 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.

RECOMMANDATION ACTIVER LES REMBO



SOUKTANI Amina

7036 1650

LIRE POUR R 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-809225

 Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

50007943

Société :

RAM

 Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

066 17 11 15

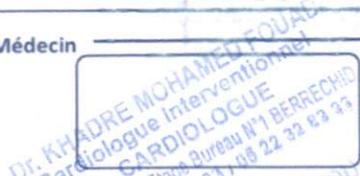
Total des frais engagés :

27395,00 DH

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Souktani Amina

Age :

Lien de parenté :

 Lui-même Enfant Conjoint

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-809225

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 : 2700 + 700 + 750

Date de dépôt : 17/03/2018

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant l'authenticité des Actes
24/07/13	CSFC		226,00	INSTITUT NATIONAL D'HOPITALS CHAHADINE CAMPUS LOGO 22.32.83

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>SA SERVICES</i> <i>522 32 47 24</i> <i>mail.com</i>	<i>24/07/2023</i>	<i>2895.00</i> <i>L 90 ds</i>
	<i>09-23</i>	<i>ICE 0010000000049</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Numéro et signature du Laboratoire et Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Unité
Dr KHADRE MOHAMED TOUAD CARDIOLOGUE 11. M. Med V, 1 ^{er} Epan. Bureau N°16 BERGERAC Tél: 05.22.32.33.03.05.22.32.83.33	27/07/23	Echo Doppler	ms/m²
	31/8/23	ETT	ms/m²
	25/6/23		

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du praticien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
LIM ZL Youssef 11-11-2012	11-11-2012				

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																					
				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 PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="padding: 5px;"></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;"> </td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;"> </td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-top: none; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px 0;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;"> </td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;"> </td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-bottom: 1px solid black; padding: 5px 0;">B</td> </tr> </table>			H		G	25533412		21433552	00000000		00000000	D			00000000		00000000	35533411		11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																						
	25533412		21433552																						
	00000000		00000000																						
	D																								
	00000000		00000000																						
	35533411		11433553																						
	B																								
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																				
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>																				
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																					
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. KHADRE MOHAMED FOUD

Cardiologue Interventionnel

Cardiologue

Lauréat de la faculté de médecine de Casablanca

Ancien Médecin à l'hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca

Ancien Médecin praticien à Klinikum Lüdenscheid Allemagne

Diplômé en Echocardiographie Doppler de l'université Bordeaux II



د. خضر محمد فؤاد

فحص القلب الداخلي

أخصائي أمراض القلب والشرايين

دكتور كلينيكي الطبيب بالطريق البيضاء

طبيب سامي بمستشفى الشبيخ خاليفه بالطريق البيضاء

طبيب سامي بمستشفى لو جوشابيل بالبابا

حاصل على شهادة المدرس بالصحي من جامعة بروجوفيرنس

Ordonnance

BERRECHID LE 24 juillet 2023

Mme SO^uketani Amina

XARELTO 15MG

1CpX2/J pdt 21 jours

Puis

XARELTO 20MG

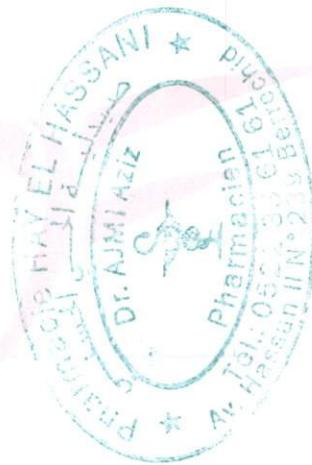
1CP/J le soir

MAGMINE

1 CP/J le soir

Traitements pendant : 3 Mois

~~= 2895.00~~



Dr. KHAdre MOHAMED FOUD
Cardiologue Interventionnel
CARTE D'ORDIE
11 Bd Med V4 Elage Bureau N°1 BERRECHID
Tél.: 05 22 32 83 03 / 05 22 32 83 33

CONSEILS D'UTILISATION

Prendre un comprimé par jour, à avaler sans croquer, en buvant un verre d'eau.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

A conserver dans un endroit frais et sec. Ne peut remplacer une alimentation variée et équilibrée et un mode de vie sain. Il est recommandé de respecter les doses conseillées. Une consommation excessive peut avoir des effets laxatifs. Tenir hors de portée des jeunes enfants.

COMPOSITION

par comprimé

Magnésium	300 mg
(provenant d'oxyde de magnésium d'origine marine)	
Vitamine B6	2 mg

INGREDIENTS

Minéral : Oxyde de Magnésium d'origine marine, Agent de charge : Sorbitol, Amidon de maïs [sulfites], Anti-agglomérant : Stéarate de Magnésium, Vitamine B6.

Analyse nutritionnelle/ المعلومات الغذائية	Pour 100 g	Pour 1 comprimé
Valeur énergétique/ كمية الطاقة	151,5 kcal 641 kJ	19,6 kcal 82,7 kJ
Glucides/ الكربوهيدرات /	32,21 g	4,2 g
Lipides/ الدهون /	2,47 g	310 mg
Protéines/ الجروتينات /	0,13 g	16,8 mg
Magnésium/ المغنيسيوم /	38,7 g	300 mg
Vitamine B6/ فيتامين ب6 /	2,6 g	2 mg

Complément alimentaire.
N'est pas un médicament.



3 160929 905095

Magmine

Magnésium 300mg + Vitamine B6

sans sucre
sans sel
sans gluten

30
COMPRIMÉS

30 Comprimés à avaler

LABORATOIRES
JUVA SANTE

Poids net : 22,1 g



ETUINI003
Ref : 990509
EM 75112W
2025-12-10:10

N° lot : MBA7 23-006
Peremption :

du certificat d'engagement au ministère de la Santé : DA2019 0311 T2 DMP / 2024A / MAV3
Résidence CASA | 282 Bd de la Résistance - CASABLANCA - MAROC
Imprise par PROMOSER
Rue Avogadro, Technopole Sud - 57600 Forbach - France

Residence CASA | 282 Bd de la Resitance de la Sanite : DA2019 0311 T2 DMP / 2024A / MAV3





Le 25/07/2023

Mme SOMKtan AMINA

Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD
 Cardiologue Interventionnel
 11 Bd Med V 1^{er} étage, Bureau N°16 BERRECHID
 Tél: 05 22 32 83 03 - 05 22 32 83 33

ECHODOPPLER VEINEUX DES MEMBRES INFÉRIEURS

Plan veineux profond :

- Axes ilio-fémoro-poplité droit bien compressible sous la sonde sans thrombophlébite ni séquelles post thrombotiques.
- Flux fémoral commun droit est bien modulé avec la respiration.
- Axes jambiers bien compressibles sous la sonde sans thrombophlébite ni séquelles post thrombotiques.
- **THROMBOSE TOTALE DE L'AXE ILIO (ILIAQUE EXTERNE) -**

FEMORO-POPLITE ET DES AXES jambiers.

- **VEINE ILIAQUE PRIMITIVE GAUCHE EST PERM2ABLE ;**

Plan veineux superficiel :

- Axes saphénien sont bien compressibles sous la sonde sans thrombophlébite.

Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD

Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD
 CARDIOLOGUE
 11. Bd Med V, 1^{er} étage, Bureau N°16 BERRECHID
 Tél: 05.22.32.83.03-05.22.32.83.33

Cabinet de cardiologie

DR KHADRE Mohamed Fouad

Berrechid, le

25/08/23

Note d'honoraires

Nous exprimons nos sincères salutations à

Mr/Mme Souktani Amina

lui adresse, selon l'usage, sa note d'honoraires

Eduardo Dappo..... 80.000 DT

.....
.....

Faisant la somme de

Point et dix

.....
.....

Dr. KHADRE MOHAMED FOUD
CARDIOLOGUE
11, Bd Med 1, 1^{er} étage, Bureau N° 10
Tél: 05.22.32.33.03-05.22.32.83.33
Cachet et signature



LABORATOIRE SEKKAT D'ANALYSES MEDICALES

مختبر سقاط للتحاليل الطبية

▷:Xt.Θ.Ο ΘΕΣΕΙΣ ΗΣΤΗΣΗΣ ΕΞΕΣΘΕΣΣ.

Biochimie - Hématologie - Virologie - Bactériologie - Parasitologie - Mycologie -
Immunologie - Hormonologie - Toxicologie - Biologie de la reproduction

Dr. Mohamed SEKKAT
Médecin Biologue

Médecin Biologiste

Pvt du: 25/07/2023

Mlle SOUKTANI Amina

Edition du : 27/07/2023

Né(e) le :04/03/2004

Dossier N° : 10A03581036



PASSEPORT :



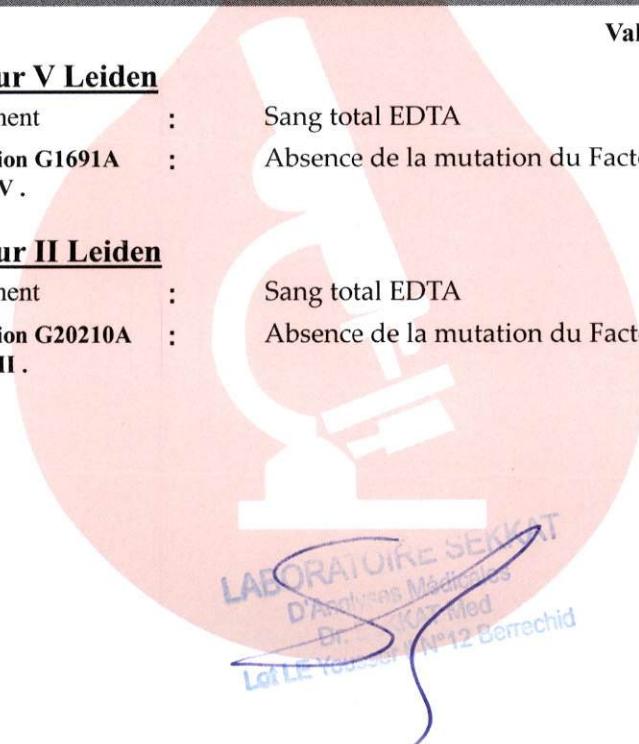
Page : 1/ 1

HEMOSTASE (SATELLITE MAX)

		Valeurs Usuelles
Protéine S	:	93 % (70 - 130)
Protéine C	:	99 % (70 - 130)
Anti - THROMBINE III	:	87,00 % (79 - 130)

BIOLOGIE MOLECULAIRE

		Valeurs Usuelles	Antériorité
<u>Mutation du Facteur V Leiden</u>			
Nature du prélèvement	:	Sang total EDTA	
Recherche de la mutation G1691A du gène du Facteur V .	:	Absence de la mutation du Facteur V Leiden.	
(PCR en temps réel)			
<u>Mutation du Facteur II Leiden</u>			
Nature du prélèvement	:	Sang total EDTA	
Recherche de la mutation G20210A du gène du Facteur II .	:	Absence de la mutation du Facteur II Leiden.	
(PCR en temps réel)			



N°12 Lot. El Yousser II, intersection rue Mohamed V et rue Mouqawama, à côté de BMCE bank, BERRECHID

05.22.51.77.81 . E-mail : laboratoiresekkat@gmail.com

Urgences : 06.25.63.42.17

Laboratoire Sekkat d'analyses médicales

Docteur Mohamed Sekkat
Médecin Biologiste en analyses médicales

Adresse : N°12 Lot. El Youssef II, intersection rue Mohamed V et rue Moqawama, à coté de BMCE bank, Berrechid
Tél. : 05 22 51 77 81 / Email : laboratoiresekkat@gmail.com
Urgences : 06 25 63 42 71

Biochimie - Hématologie - Virologie - Bactériologie - Parasitologie - Mycologie -
Immunologie - Hormonologie - Toxicologie - Biologie de la reproduction

Facture

N° facture : 2023-09032

Patient : Mlle SOUKTANI Amina

Edité le : 03/08/2023

Date prélèvement : 25/07/2023

Analyses	Valeur en B	Montant
Protéine C	400	400,00
Protéine S	400	400,00
Anti - THROMBINE III	400	400,00
Mutation Facteur V leiden	600	600,00
Mutation du Facteur II LEIDEN	1050	1 050,00
Total B	2850	2 850,00
APB	1,0	0,00
Total de Remise effectuée		150,00
Total		2 700,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Deux mille sept cent dirhams***

LABORATOIRE SEKKAT
D'Analyses Médicales
Dr. SEKKAT Med
Lot. EL YOUSSEF II N° 12 Birrachia

Cabinet de cardiologie

DR KHADRE Mohamed Fouad

Berrechid, le

03/08/2023

Note d'honoraires

Nous exprimons nos sincères salutations à

Mr/Mme Souktani Amina

lui adresse, selon l'usage, sa note d'honoraires

Echo coeur = 750,00 dh

Faisant la somme de

Sept cent cinquante dinars

Cachet et signature

Dr. KHADRE
Cardiologue
Cabinet de cardiologie
11 Bd Hassan 1er
Tél: 05 22 32 83 03 / 05 22 32 73 73



Information patient

Nom : SOUKTANI

PRENOM : Amina

DATE : 03/08/2023

MEDECIN TRAITANT : DR.M.F. KHADRE

COMPTE RENDU D'ECHOCARDIOGRAPHIE

- VG non dilaté, non hypertrophié, de bonne contractilité globale et segmentaire, FEVG à 61%.
- Profil mitral type normal E / A =1.43, PRVG basses E / e'=4.16.
- Massif auriculaire : OG non dilatée libre d'échos. (SOG à 16cm²)
 : OD non dilatée libre d'échos. (SOD à 8cm²)
- Valve mitrale, IM modérée, pas RM.
- Valve aortique, sans fuite, ni sténose.
- Cavités droites non dilatées, Bonne fonction systolique du VD.
- IT minime estimant la PAPS à 17+5=22mmHg.
- VCI à 12mm non dilatée, compliant.
- Péricarde sec.

Conclusion :

Bonne fonction bi-ventriculaire, FEVG à 61%.

IM modérée.

Pas d'HTP.

Signé: Dr M.F.KHADRE

Dr. Khadre Mohamed Fouad
 Cardiologue Interventionnel
 11 Bd Med V 1 Stage Bureau 105 22 32 83 03
 Tél: 0522 32 83 03 / 0522 32 83 33 - En cas d'urgence. : 0661 85 14 80

Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD

Cardiologue Interventionnel

Cardiologue

Lauréat de la faculté de médecine de Casablanca

Ancien Médecin à l'hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca

Ancien Médecin praticien à Klinikum Lüdenscheid Allemagne

Diplômé en Echocardiographie Doppler de l'université Bordeaux II



د. خضر محمد فؤاد

فخص القلب الداخلي

أخصالي أمراض القلب والشرايين

دكتور كلية الطب بالطاطا البيضاء

طبيب ساقية بمستشفى الشريعة كلية الطاطا البيضاء

طبيب ساقية بمستشفى لوتشابد بالمالحة

حاصل على شهادة الفحص بالصكوك من جامعة بوردو بفرنسا

Ordonnance

25/07/2023

Me Souktani Amine

T. cheville = 22

VIA SERVICES
Tél: 05 22 32 63 24
viaservices@gmail.com
Caisse = 34

Caisse = 54

49 odds
Vor factice Bas Caisse de
et ICE compression caisse 2

MC MOHAMED FOUAD
CARDIOLOGUE
Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD
CARDIOLOGUE
11-Bd Med V, 1^{er} Etage Bureau N°16 BERRECHID
Tél: 05.22.32.83.03 - 05.22.32.83.33

VIA SERVICES SARL AU

Code: CDCM
CLIENT COMPTOIR MTL
Mlle SOUKTANI AMINA

FACTURE

Facture n°	Date	Mode paiement	Réf bon de livraison			
Code article	Désignation	Qté	PU TTC	%R	TVA	Montant TTC
3401060264789	THUASNE VENOFLEX BAS-CUISSE CONTENTION REF 5815 C2 T1	1	490.00	0.00	20	490.00
Total HT	Total TVA	Total TTC				Net à payer
408.33	81.67	490.00				490.00

VIA SERVICES
 Tel : 05 22 32 47 24
 viaservices@gmail.com

ICE: 002180756000043

1 / 1

RC: 12353 BERRECHID PATENTE : 43100367 I.F. : 31871681 CNSS : 1168167 ICE: 002180756000043

SARL AU CAPITAL : 100 000.00 DH SIEGE SOCIAL : 50 ANGLE RUE OUED MALOUIYA BERRECHID
 TEL: 0522 32 47 24 FAX : 0522 53 31 41 MOBILE 0661 477383