

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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- 0037914

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05355 Société : Royal Air Maroc  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : RACHID AZZEDDINE  
Date de naissance : 03-04-1957  
Adresse : Habitude  
Tél. : 0667911155 Total des frais engagés : 2.252,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/09/2023  
Nom et prénom du malade : RACHID AZZEDDINE Age : 66ans  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : CME - HTE - CHD  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC  
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 : Berrechid Le : 21/09/2023  
Signature de l'adhérent(e) :



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
21/02/23	Cf + CC		259,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Dr. IMANE ZINEB</b> Pharmacie le Grand Boulevard 135 Lotissement - Benrechid Tel: 05 22 03 59 59 NPE: 062105036	21-05-23	1252,80

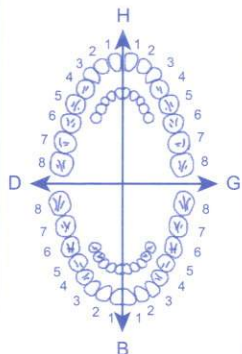
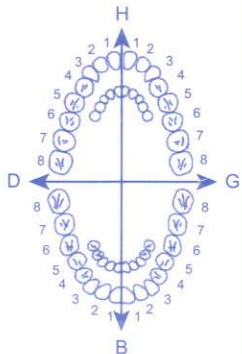
[illegible][illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DEBUT D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">FIN D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>
<div style="text-align: center;"> <b>O.D.F</b>  <b>PROTHESES DENTAIRES</b> </div> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DATE DU DEVIS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DATE DE L'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;">           00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">           00000000            11433553  <b>B</b> </div> </div>			
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D		
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

		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



**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 Lüdenscheld Allemagne

Diplômé en Echocardiographie Doppler de l'université Bordeaux II



**د. خضر محمد فؤاد**

فحص القلب التداخلي

أخصائي أمراض القلب والأشرايين

خريج كلية الطب بالبحر الأبيض

طبيب سابق بمستشفى الشيخ خليفة بالبحر الأبيض

طبيب سابق بمستشفى لوكلشولد بألمانيا

حاصل على شهادة الفحص بالصدى من جامعة بوردو بفرنسا

Mle. 05355

## Ordonnance

Berrechid, le : .....

**BERRECHID LE 21 septembre 2023**

**Mr. RACHID Azzeddine**

### REGIME PAUVRE EN SEL

**TRIATEC 1.5 MG**

1/2 Cp/J matin

$$37.70 \times 2 = 195,40 \text{ dh}$$

**COPLAVIX 75/100 MG**

1 Cp/J matin

$$270,00 \times 3 = 810,00 \text{ dh}$$

**BISOPRAL 2.5MG**

1/2 Cp/J à midi

$$37,00 \times 2 = 74,00 \text{ dh}$$

**LD-NOR 10MG ou TORVA 10MG**

1Cp/J le soir

$$57.70 \times 3 = 173,10 \text{ dh}$$

Traitement pendant : 3 Mois

$$1.252,80 \text{ dh}$$



Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD  
Cardiologue Interventionnel  
CARDIOLOGUE  
11 Bd Med V 1  
Tél: 05 22 32 33 33



9770

9770

3700

3700

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Coplavix 75mg/100mg  
b30 cp  
P.P.V : 270,00 DH



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Coplavix 75mg/100mg  
b30 cp  
P.P.V : 270,00 DH



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Coplavix 75mg/100mg  
b30 cp  
P.P.V : 270,00 DH



LOT : 1115  
PER : 05/25  
PPV : 57,80 DH

LOT : 1115  
PER : 05/25  
PPV : 57,80 DH

LOT : 1116  
PER : 05/25  
PPV : 57,80 DH

Dr. IMANE ZINEB  
Ste Pharmacie le Grand Boulevard  
Lot 345 Lot Nasrallah - Berrechid  
Tél: 05 22 03 59 59  
INPE: 062105036



**Cabinet de cardiologie**  
**DR KHADRE Mohamed Fouad**

Berrechid, le 21/09/23

**Note d'honoraires**

Nous exprimons nos sincères salutations à

Mr/Mme Rachel. Azgeddine

lui adresse, selon l'usage, sa note

d'honoraires  $CS + EC = 250,00 \text{ dh} + 1000,00 \text{ dh}$   
 $= 1250,00 \text{ dh}$

Faisant la somme de

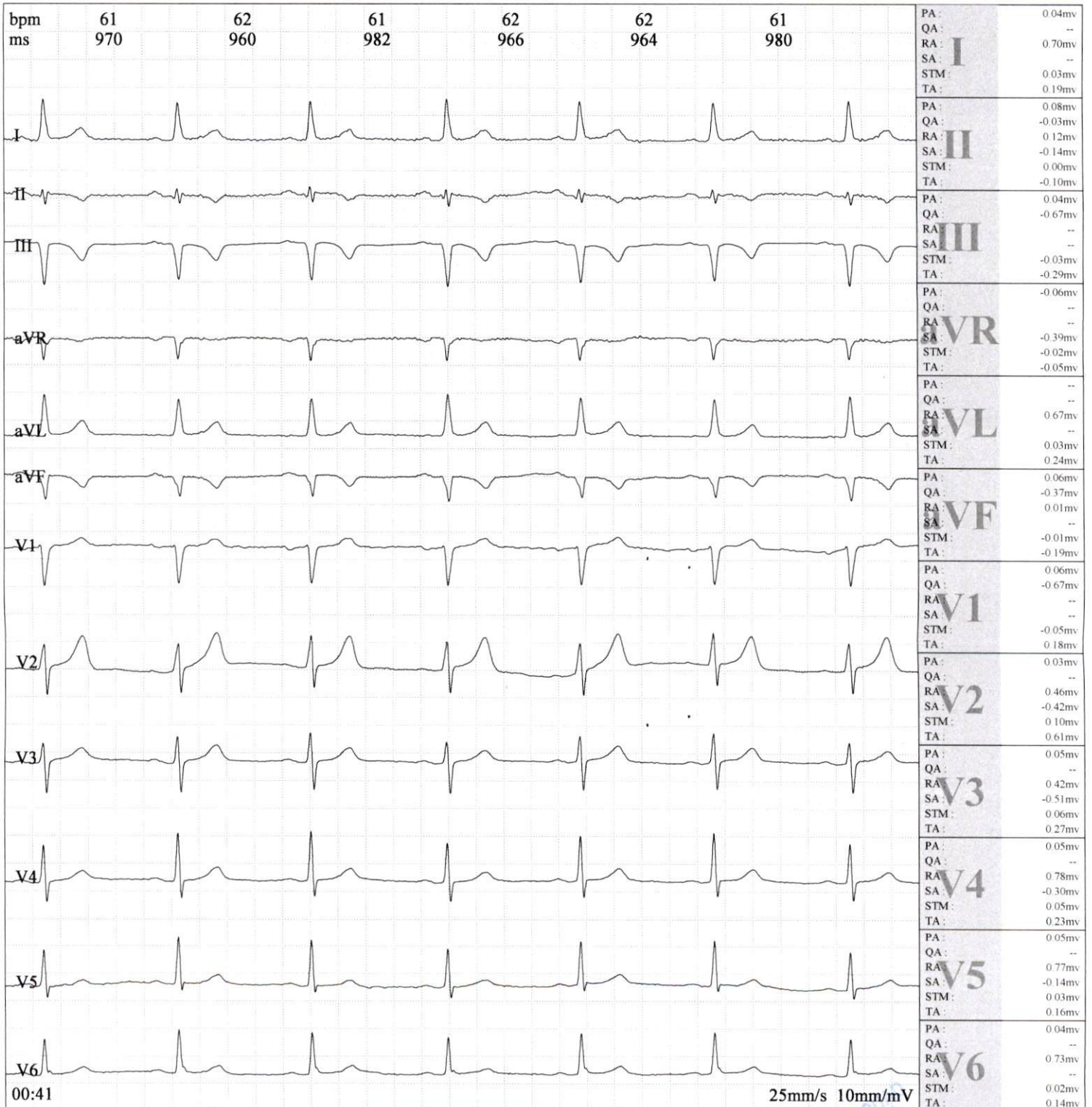
1250,00 dh

...

Cachet et signature

Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD  
Cardiologue Interne  
Cabinet Médical  
11 Bd Med V. Bureau N°1 BERRECHID  
Tél: 05 22 32 83 33 / 05 22 32 83 33





Frequency:	1000 Hz	PR Interval:	194 ms
Sample Time:	51 s	QT Interval:	448 ms
HR:	57 bpm	QTc Interval:	448 ms
P Interval:	80 ms	P Axis:	62.58°b
QRS Interval:	80 ms	QRS Axis:	-30.26°b
T Interval:	242 ms	T Axis:	-44.12°b

Prompt:

Total Beats 47 ,Normal Beats 46,SVE 0 ,VE 0 .

Dr. KHADRE MOHAMMED F.S.  
Cardiologue Interventionnel  
Tél: 09 22 22 22 22

Signature Medecin :





**Information patient**

Nom : RACHID

PRENOM : Azzeddine

DATE : 21/09/2023

MEDECIN TRAITANT : DR.M.F. KHADRE

## COMPTE RENDU D'ECHOCARDIOGRAPHIE

- VG non dilaté, siège d'une HVG concentrique (SIV/PP=11/11mm), siège d'une hypokinésie inférieure, inféro-septale, antéro-septale, FEVG à 51-55%.
- Profil mitral type anomalie de relaxation E / A =0.69, PRVG basses E / e'=5.42.
- Massif auriculaire : OG dilatée libre d'échos. (SOG à 23cm<sup>2</sup>)  
: OD non dilatée libre d'échos. (SOD à 12cm<sup>2</sup>)
- Valve mitrale, micro-fuite d'IM, pas de RM.
- Valve aortique, micro-fuite d'IAo, pas de RAO.
- Cavités droites non dilatées, Bonne fonction systolique du VD.
- IT minime estimant la PAPS à 18+5=23mmHg.
- VCI à 11mm non dilatée, compliant.
- Péricarde sec.

**Conclusion :**

Aspect de cardiopathie hypertensive et ischémique, FEVG à 51-55%.

Micro-fuite d'IM et d'IAo.

Pas d'HTP.

Signé: Dr M.F. KHADRE



