

## 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.



Déclaration de Maladie

M24- 0004350

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6609 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 204170  
Nom & Prénom : ECH-CHADLI ELHoussain  
Date de naissance : 01/07/52  
Adresse : 50, Rue Leonard de Vinci DR CHAUF  
CASABLANCA  
Tél. : 0661350255 Total des frais engagés : 2034,90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Malik MOUREDDINE  
Cardiologue  
INPE : 091028849

Date de consultation : 26/04/2024  
Nom et prénom du malade : ECH-CHADLI ELHoussain Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : HTA - JA  
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 : CASABLANCA Le : 26/04/2024  
Signature de l'adhérent(e) :

### Adresses Mails utiles


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



# 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 traitement des Actes
26/4/2024	CC ECC		300 DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Médecin attestant le traitement des Actes

Date

Montant de la Facture

26/4/24

1034,90

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

26/4/2024, ECRAN 20 DH  
+ ECRAN 10 DH

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre  
A M P C I M I V

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

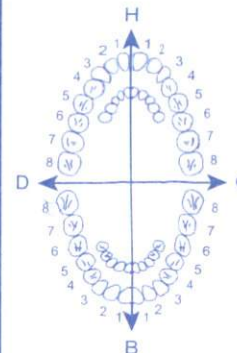
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important:

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

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT 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 G  
00000000 00000000  
35533411 11433553  
B

[Création, remont, adjonction]

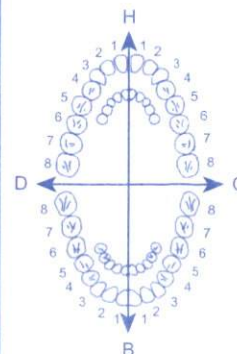
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Dr. Malika NOUREDDINE**

Professeur de Cardiologie

Spécialiste des Maladies du Cœur et des Vaisseaux  
Ancien Médecin Résident des Hôpitaux de Paris



**الدكتورة مليكة نور الدين**

أستاذة في أمراض القلب

أخصائية في أمراض القلب و الشرايين  
طبيبة سابقة بمستشفيات باريس

Casablanca, le: 26/4/2024

MR Ech-Chadli EL Houdain

① Exforge S / 160 mg  
4x 2241 30  
1cp

PHARMACIE W  
153, Rue Haba  
(Bd Day Ould Sidi  
Jerb Ghellaf - Cas  
Tél: 0522 25 1



611800103046 9

EXFORGE

5mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 224,00 DH



611800103046 9

EXFORGE

5mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 224,00 DH



611800103046 9

EXFORGE

5mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 224,00 DH



611800103046 9

EXFORGE

5mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 224,00 DH

PPV : 46,30

LOT : 23H31

EXP : 08/2026

PPV : 46,30

LOT : 23H31

EXP : 08/2026

PPV : 46,30

LOT : 23H31

EXP : 08/2026

71, Rue Abou Alaa Zahar Angle Rue Tabit bnou Koura Rés Smail 1er Etage N° 10 (Près de la

Faculté de médecine dentaire) Quartier des Hôpitaux - Casablanca

Tél.: 05.22.86.57.52 - Urgence : 06.64.86.46.44 - E-mail : drnoureddinemalika@yahoo.fr



Compte rendu d'écho doppler cardiaque de  
MONSIEUR ECH-CHADLI EL HOUSSAIN

- DTD VG 35 mm                      FE VG 59 %
  - DTS VG 24 mm                      PRVG 31 %
  - SIV 13 mm
  - PP 12 mm
  - Aorte 36 mm                      OG 27 mm SOG 12 cm<sup>2</sup> SOD 15 cm<sup>2</sup>
- VG non dilaté, siège d'une hypertrophie concentrique des parois non obstructive à l'état basal et d'une bonne contractilité globale et segmentaire en dehors d'une dyskinésie du septum inter-ventriculaire (BBG complet) ·  
Bonne fonction systolique VG : FEVG 55% en simpson biplan  
Pressions de remplissage VG normales E/E' 7
  - OG non dilatée libre de thrombus visible par voie trans-thoracique
  - Valve mitrale fine sans prolapsus, pas d'Insuffisance mitrale ni RM
  - Insuffisance aortique minime grade I à valve épaissie tricuspide, pas de sténose aortique
  - Cavités droites non dilatées SIA intact, valves tricuspide et pulmonaire fines sans sténose  
Bonne fonction systolique longitudinale VD (TAPSE 31 mm, S'14 cm/s), PAPS 24 mmHg si  
POD 5 mmHg
  - Pas d'épanchement Péricardique
  - Aorte normale sans signe de dissection ni coarctation de l'aorte

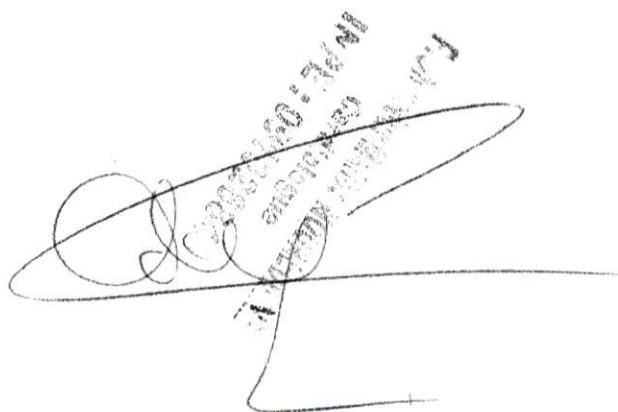
**Conclusion**

**Cardiopathie hypertensive**

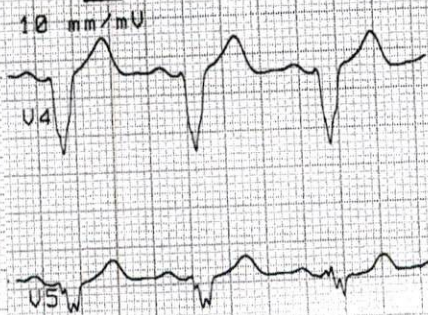
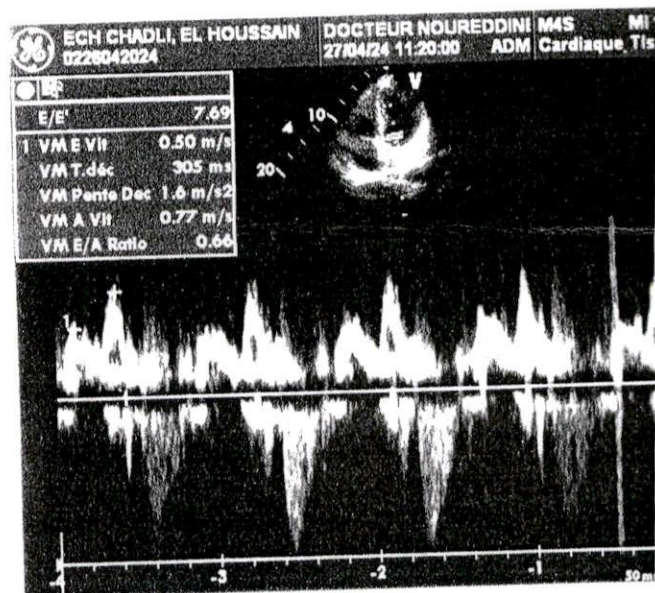
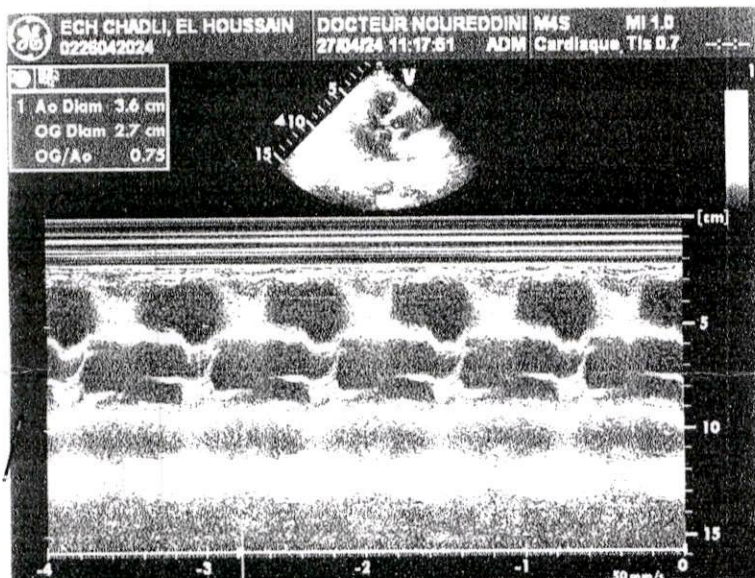
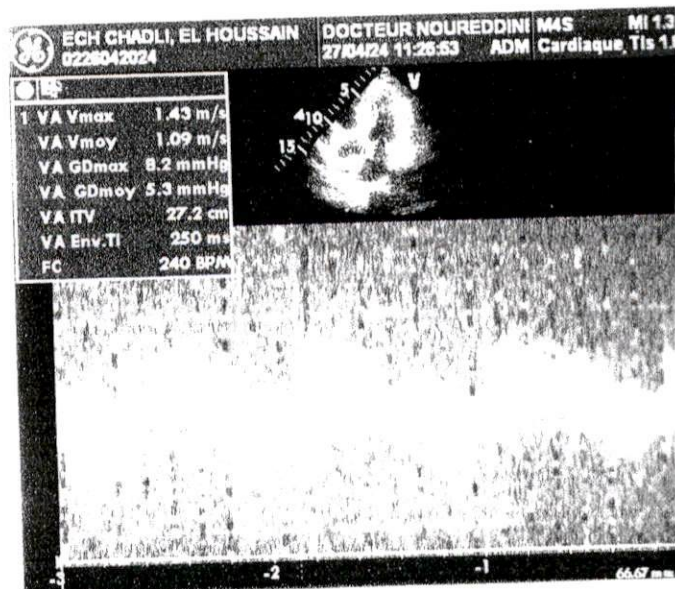
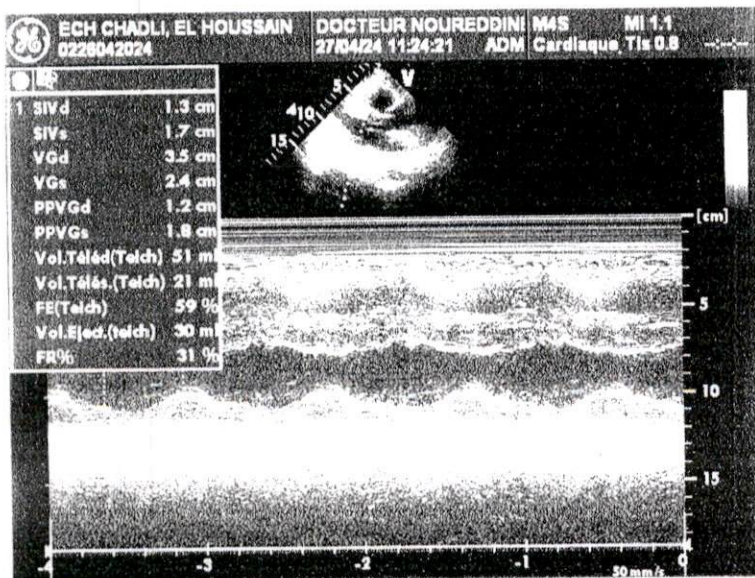
**Insuffisance aortique minime pure**

**Bonne fonction systolique VG avec pressions de remplissage VG normales**

**Pas d'hypertension pulmonaire significative**

A handwritten signature in black ink is written over a circular official stamp. The stamp contains text in Arabic, including 'مستشفى' (Hospital) and 'القلب' (Heart), and a date '26/04/2024'.





Nom pat.: echadli  
elhossain

FC: 83/min

No pat.:

Intervalles:

No réf.:

RR 721 ms

Né:

P 114 ms

Age:

PQ 152 ms

Ethnie:

QRS 148 ms

Taille:

QT 408 ms

Poids:

QTC 486 ms

Pres:

P (H) 8



**Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit**

Nom et prénom : **ECF-Charli EL Hwain**

Matricule : N° CIN : **B 402421**

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : Spécialité : **cardiologue**

N° ICE : N° INPE : **091026849**

Certifie que Mlle, Mmes M. : **ECF-Charli EL Hwain**

Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☒ A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

**Hypertension artérielle sous traitement au stade de retentissement cardiaque**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Exforge 5/160 mg 1cp<sup>1</sup>**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casablanca** le **26/4/2024**

Cachet et signature du médecin traitant :

**Pr. Mohamed M. MOUREDDINE**  
**Cardiologue**  
**INPE : 091026849**

En application de la loi 08-08 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées



Professeur Malika NOUREDDINE

Casablanca, le 26/04/2024

Spécialiste des maladies du cœur et des vaisseaux

INPE: 091026849

ICE: 002233936000074

FACTURE DE MONSIEUR ECH-CHADLI EL HOUSSAIN

CONSULTATION CARDIOLOGIQUE AVEC ECG : 300 DIRHAMS

ECHOCOEUR +ECHO DOPPLER CARDIAQUE: 700 DIRHAMS

Professeur Malika NOUREDDINE  
Cardiologue  
INPE : 091026849

