

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-537890

ND: 32023

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8861 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BAZAZ LOUBNA  
 Date de naissance : 27-04-1969  
 Adresse : 36 bd Belle Vue Sidi TAAROUF  
 Tél. : 0662649186 Total des frais engagés : 1459,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin **CARDIOLOGUE**

82, Rue Soumaya - Casablanca  
 Tél : 0522.98.72.37 0661.18  
 ICE: 00174243300063  
 Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 16.05.2020  
 Nom et prénom du malade : BAZAZ LOUBNA Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Préhypertension  
 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 : 16/05/2020  
 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 Medecin attestant le Paiement des Actes
16/05/2020	Cs + ECG	300.00		INP : 091056705 Dr. A. EL KIFANI CARDIOLOGUE 82, Rue Soumaya - Casablanca Tél: 0522.98.72.37 / 0661.18.75.82 ICE: 001748483000083

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/05/2020	359.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. A. EL KIFANI CARDIOLOGUE 82, Rue Soumaya - Casablanca Tél: 0522.98.72.37 / 0661.18.75.82 ICE: 001748483000083	16/05/2020	ECHODOPPLER CARDIOLOGUE	800.00

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]														
					MONTANTS DES SOINS [ ]													
						DEBUT D'EXECUTION [ ]												
							FIN D'EXECUTION [ ]											
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>25533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	25533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	25533411	11433553																
	B																	
	(Creation, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

# Docteur Ahmed EL KIFANI

Diplômé de la Faculté de Médecine de Limoges  
Ancien Assistant des Hôpitaux de FRANCE  
**SPECIALISTE DES MALADIES DU CŒUR  
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 المومن  
(عمارة رونو) - الدار البيضاء

☎: 05 22 98 72 37 / 05 22 25 26 19

Sur Rendez-vous

بالموعد

Casablanca, le 16/05/2020 في الدار البيضاء

Mme BAZA Z LOUBNA

109.00

→ D. Stress



(A1)

2 x 3/j

01/2020

201.00

→ DAFLOW 100mg

Cemeter (A1)

2 x 1/j

02/2020

49.00

→ D. CURE Forte



1 sup / 15 jours

01/2020

359.00

**Dr. A. EL KIFANI**  
**CARDIOLOGUE**  
82, Rue Soumaya - Casablanca  
Tél: 0522 98 72 37 / 0661 18 75 82  
ICE: 001748483000083

Signature

PPV: 49,60 DH  
LOT: 20D06  
EXP: 04/2023

LOT 109,000  
EXP 11/2021  
PP 12017000

201,00

**Lot:** DS09/19  
09/2022

**DLC:**

**P.P.C : 109,00 DH**



# CABINET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

DR. A. ELKIFANI

PATIENT : Mme BAZAZ LOUBNA (51ans)

DATE : 16/05/2020

INDICATION : PRÉCORDIALGIES

## ECHOCARDIOGRAPHIE 2D + TM

Le ventricule gauche : non dilaté (42/26mm) et cinétique pariétale normale. Bonne fonction systolique et globale : FEVG estimée à 71%. Pas d'hypertrophie pariétale.

L'oreillette gauche : normale (20cm<sup>2</sup>)

Les cavités droites : normales. La fonction systolique du VD est normale

L'aorte : dimensions normales. Sigmoides d'ouverture normale

La valve mitrale : normale

Les valves tricuspide et pulmonaire : normales

Le péricarde : normal. Absence de thrombus intra cavitaire

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

## DOPPLER : PULSE, CONTINU et COULEUR

FLUX MITRAL : normal. TDE=198ms ; TRIV=94ms. DTI normal

FLUX AORTIQUE : normal

FLUX TRICUSPIDE : normal

FLUX PULMONAIRE : normal

## CONCLUSION

Echodoppler cardiaque normal

**Dr. A. ELKIFANI**  
**CARDIOLOGUE**  
82, Rue Soumaya - Casablanca  
Tél: 0522.98.72.37 / 0661.18.75.12  
NCE: 004748193003083

Docteur Ahmed ELKIFANI

CARDIOLOGUE

Inscription au CROM : 16331/97

82, rue Soumaya / Bd. Abdelmoumen

Maarif ; Casablanca ; MAROC

Tel : 0522987237/0522252619

Casablanca le : 16.05.2020

PATIENT : BAZAZ LOUBNA

Facture N° :

FACTURE POUR

CONSULTATION + ECG : ..... 300.00

ECHODOPPLER CARDIAQUE : ..... 800.00

ECHODOPPLER VASCULAIRE : .....

HOLTER TENSIONNEL : .....

HOLTER ECG (RYTHMIQUE) : .....

TOTAL = 1100.00

Dr. A. ELKIFANI

Dr. A. ELKIFANI  
CARDIOLOGUE  
82, Rue Soumaya - Casablanca  
Tél: 0522.98.72.37 / 0661.18.75.82  
ICE: 0017483000083

IF : 42504628 / ITP : 34772345 / ICE : 001748483000083

INPE : 091056705

Nom: **LOUBNA BAZAZ**

Médecin Réf.

Date d'examen: 16/05/2020

Date de naissance: 27/04/1969

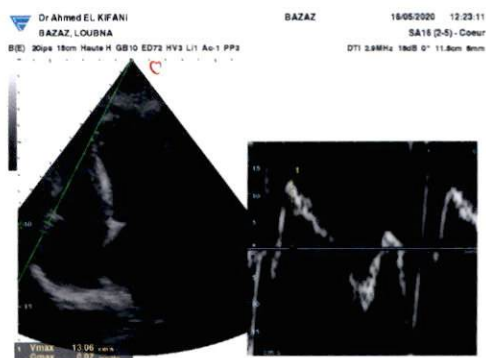
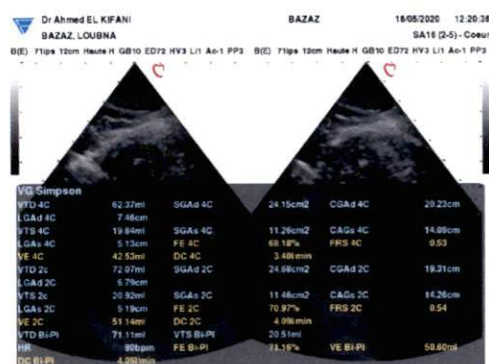
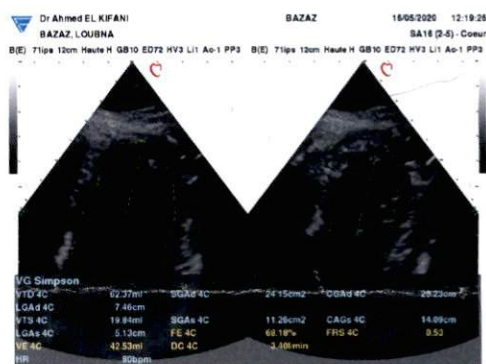
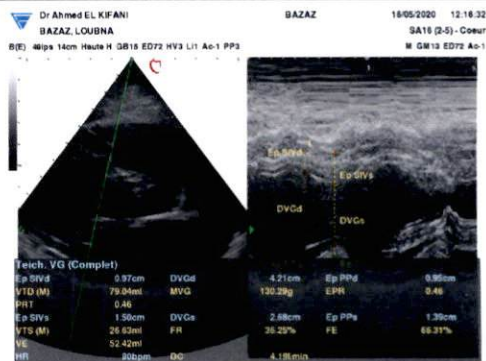
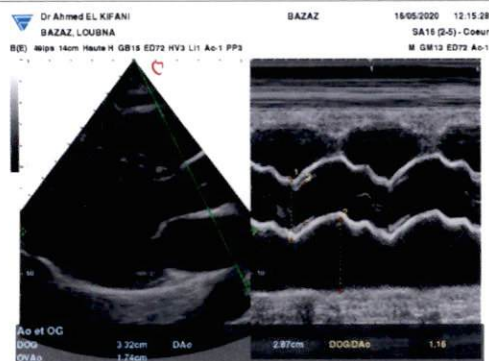
Age: 51

Sexe: F

Poids: 72 kg

Taille:

SC:





Nom: BAZAZ LOUBNA

Date de naissance: 27/04/1969

Sexe: Féminin

Poids: -

Taille: -

Identifiant: BAZAZ

Médecin: cardio DR ELKIFANI AHMED

Raison sociale:

Téléphone: 0522987237

Temps d'enregistrement: 16/05/2020 11:06:48

1/1

25 mm/s  
10 mm/mV

□ : Arrêt □ : Marche □ : Marche HR: 81 bpm

0 sec. - 8 sec.



*Mykine Simard  
+ Repolarisation new profile*

**Dr. A. EL KIFANI**  
**CARDIOLOGUE**  
82, Rue Soumaya - Casablanca  
Tél: 0522.98.72.37 / 0661.18.75.82  
CE: 0017484830000083

Innomed Medical Inc.

HeartScreen v2.7

*MA = 130/80 mmHg  
(SAD<sub>2</sub> = 38%)*

Temps d'impression: 16/05/2020 12:14:11