

## 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

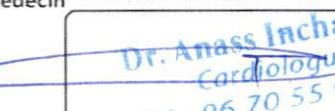
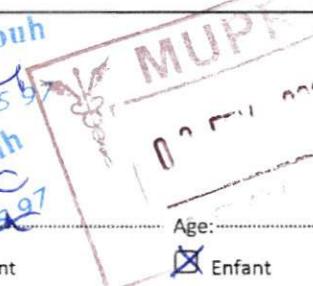
- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

N° W19-465136

58171

|   |  |                                      |                                 |
|---|--|--------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie          | <input type="checkbox"/> Dentaire                | <input type="checkbox"/> Optique     | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)            |  |                                      |                                 |
| Matricule : 04444                         | Société : R.A.M                                  |                                      |                                 |
| <input type="checkbox"/> Actif            | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre :     |                                 |
| Nom & Prénom : JABER Abderrahim           |  |                                      |                                 |
| Date de naissance : 30/12/1960            |  |                                      |                                 |
| Adresse : INARA 1 RUE 13 N° 32 CASABLANCA |  |                                      |                                 |
| Tél. : 0661946601                         |  | Total des frais engagés : 900,00 Dhs |                                 |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin  |  |  |  |
| Cachet du médecin :   |  |  |  |
|   |  |  |  |
| Date de consultation : 31/12/2022   |  |  |  |
| Nom et prénom du malade : Jaber Khouja  |  |  |  |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant  |  |  |  |
| Nature de la maladie : Anxiété  |  |  |  |
| 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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 31/12/2022

| 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               |
| 31.12.2020                     | CS4 CCCG          | 2500                  |                                 | INP 0900611518<br>Dr. Anass Inchaouen<br>Cardiologue<br>Tél.: 06 19 55 95 97 |

| ANALYSES - RADIOPHARMACIES                          |            |                              |                        |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date       | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| 31-12-2002<br>Cardiopac 97<br>Tél. 06 70 55 95      | 31/12/2002 | Chéiographie<br>Cardiaque    | 650 dh                 |

| RELEVE DES FRAIS HONORAIRES  |                   |                     |             |  |   |          |  |  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|--|-------------------|---------------------|-------------|--|---|----------|--|--|---|---|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|---|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                                   |                   |                     |             |  |   |          |  |  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
| <b>Important :</b><br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF. |                   |                     |             |  |   |          |  |  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|  | Dents<br>Traitées | Nature des<br>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"/>           |   |          |  |  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|  |                   |                     |             | <b>O.D.F</b><br><b>PROTHÉSES DENTAIRES</b><br> | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |          |  |  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|  |                   |                     |             |  | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00300000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> |          |  |  | H | G | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00300000 | 35533411 | 11433553 | B | B |
|  |                   |                     |             |  | H   | G        |  |  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|  |                   |                     |             |  | 25533412  | 21433552 |  |  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|  |                   |                     |             |  | 00000000  | 00000000 |  |  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
| D  | G                 |                     |             |  |   |          |  |  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
| 00000000   | 00300000          |                     |             |  |   |          |  |  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
| 35533411   | 11433553          |                     |             |  |   |          |  |  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
| B  | B                 |                     |             |  |   |          |  |  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>   |                   |                     |             |  |   |          |  |  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
| MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  |                   |                     |             |  |   |          |  |  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
| DATE DU DEVIS <input type="text"/>   |                   |                     |             |  |   |          |  |  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
| DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>   |                   |                     |             |  |   |          |  |  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
| <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                   |                     |             |  |   |          |  |  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS   |                   |                     |             |  |   |          |  |  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION  |                   |                     |             |  |   |          |  |  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |



المعهد المغربي لأمراض وجراحة القلب  
Moroccan Heart Institute

780, Impasse MODIBO KEITA - Casablanca 20520

Tél.: 05 22 85 00 11 / 12 / 13 - Fax : 05 22 83 85 00

ICE : 001859090000033 - Patente : 34753457 - I.F : 14421718 - CNSS : 9697866

Le 31.12.2020

Dr. mme Jaber Kawtar

- Echoangiographie

cardiologue

Dr. Nassim Inchaouh  
Cardiologue  
06 70 55 95 97





المعهد المغربي  
لأمراض وجراحة  
القلب

Casablanca, le 31.12.2020

FACTURE 05032020

- Identité : Jaber Kawtar

- Montant : 900dh

- Objet : CS + ECG + Echographie  
caroténique



Dr. Anass Inchaouh  
Cardiologue  
Tel.: 06 70 55 95 97

Moroccan Heart Institute 780, Impasse MODIBO KEITA - Casablanca 20520

Tél.: 05 22 85 00 11 / 12 / 13 - Fax : 05 22 83 85 00 - ICE : 001859090000033 - Patente : 34753457 - IF : 14421718 - CNSS : 9697866

31/12/2020

## COMPTE RENDU D'ECHOCARDIOGRAPHIE

### MESURES TM:

SIV: 9mm, PP: 9mm, DTDVG: 40mm

MESURES 2D : OG : 25cm, OD : 20cm

### MESURES DOPPLER :

Aorte: ITV ao: 37, ITV ssao: 20, Gmoy: 5mmhg

### COMMENTAIRES :

- VG non dilaté, non hypertrophie; Bonne contractilité globale. FEVG estimée à 60%
- Massif auriculaire dilaté
- Sigmoïdes aortiques tricusps sans sténose
- Valves mitrales siège d'une fuite minime sans sténose.
- Cavités droites non dilatées. Bonne fonction longitudinale du VD (TAPSE : 24mm, S'VD à 13cm/s)
- IT minime estimant les PAPS à 24+5= 29mmHg.
- VCI non dilatée, compliant.
- Péricarde sec.

### CONCLUSION :

- Bon VG, FEVG à 60%
- PRVG basses
- Bon VD.



Dr. Anass Inchaouh  
Cardiologue  
Tél.: 06 78 55 95 97

31/12/2020

## COMPTE RENDU D'ECHOCARDIOGRAPHIE

### MESURES TM:

SIV: 9mm, PP: 9mm, DTDVG: 40mm

MESURES 2D : OG : 25cm, OD : 20cm

### MESURES DOPPLER :

Aorte: ITV ao: 37, ITV ssao: 20, Gmoy: 5mmhg

### COMMENTAIRES :

- VG non dilaté, non hypertrophie; Bonne contractilité globale. FEVG estimée à 60%
- Massif auriculaire dilaté
- Sigmoïdes aortiques tricusps sans sténose
- Valves mitrales siège d'une fuite minime sans sténose.
- Cavités droites non dilatées. Bonne fonction longitudinale du VD (TAPSE : 24mm, S'VD à 13cm/s)
- IT minime estimant les PAPS à  $24+5=29$ mmHg.
- VCI non dilatée, compliant.
- Péricarde sec.

### CONCLUSION :

- Bon VG, FEVG à 60%
- PRVG basses
- Bon VD.



Dr. Anass Inchahouh  
Cardiologue  
Tél.: 06 70 52 95 91  
05 22 85 05 91

ID:jaber  
Name:kawter

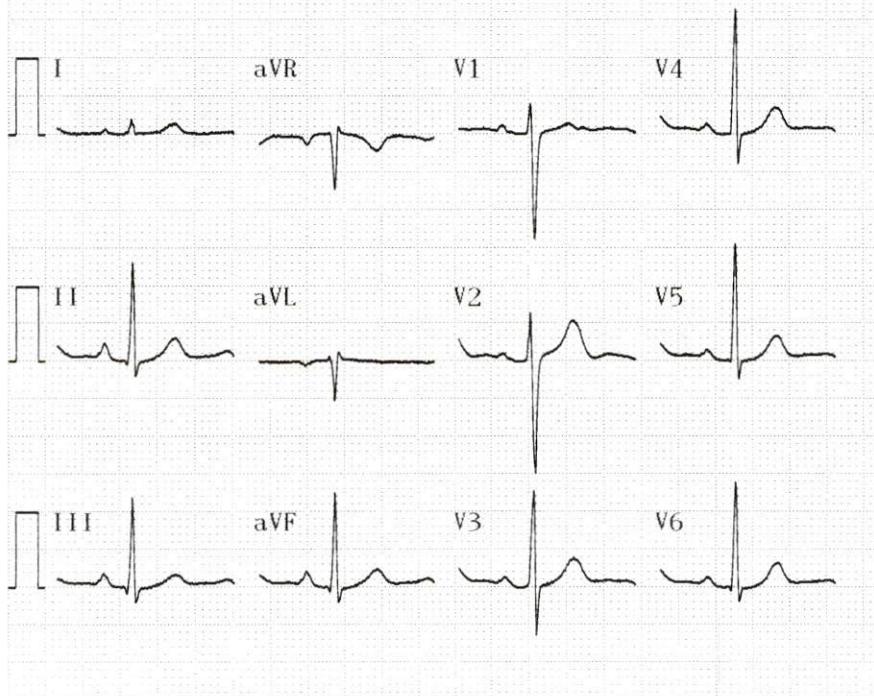
Sex:Female Birth Date: Years  
 cm kg mmHg  
 Vent rate 90 bpm  
 PR int 156 ms  
 QRS dur 82 ms  
 QT/QTc int 352/ 400 ms  
 P/QRS/T axis 74/ 80/ 61 °  
 RV5/SV1 amp 1.555/ 1.385 mV  
 RV5+SV1 amp 2.940 mV

1100 Sinus rhythm

9110 \*\* normal ECG \*\*

Dr. Aniss Inchaouh  
Cardiologue  
Tél: 06 70 55 95 7

10 mm/mV 25 mm/s Average



Unconfirmed Report

Reviewed by:

Exam:

ID:jaber  
Name:kawter  
Sex:Female Birth Date:

Years

Medication:

cm

kg

mmHg

Dec-31-2020 7:30 PM

92 bpm

10 mm/mV 25 mm/s Filter: H50 d 100 Hz

10 mm/mV



1350K 01-71 02-40 Dept.:

Exam:

PHILIPS JABER KAWTER

31/12/2020 11:26:50

ITm0.8 IM

53231120201231 MOROCCAN HEART CARE S5-1/Adulte

CI 49Hz

16cm

2D

55%

C 50

P Bas

HGén

C3



+ Dist 0.885 cm

\*\*\*bpm

PHILIPS JABER KAWTER

31/12/2020 11:26:27

ITm0.7 IM 1.4

53231120201231 MOROCCAN HEART CARE S5-1/Adulte

CI 25Hz

16cm

C3

2D / TM

55% 51%

C 50

P Bas

HGén



+ TAPSE 2.5 cm

-0

-5

-10

-15

75mm/s

\*\*\*bpm

PHILIPS JABER KAWTER

31/12/2020 11:26:01

ITm0.5 IM 0.7

53231120201231 MOROCCAN HEART CARE S5-1/Adulte

CI 49Hz

16cm

C3

2D

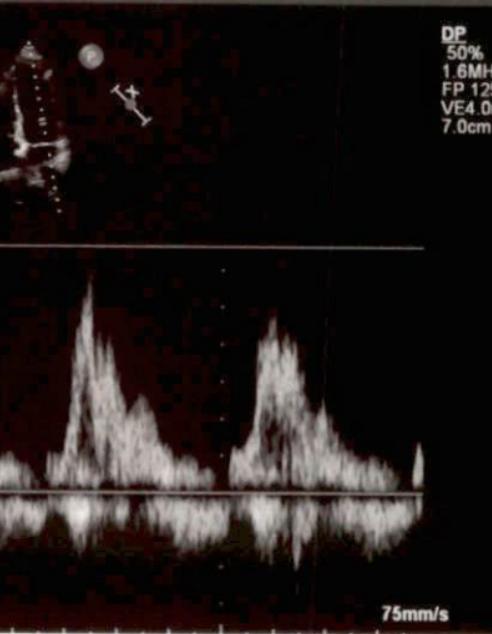
55%

C 50

P Bas

HGén

DP  
50%  
1.6MHz  
FP 125Hz  
VE 4.0mm  
7.0cm



-120

-80

-40

-40

75mm/s

\*\*\*bpm

PHILIPS

JABER KAWTER

31/12/2020 11:25:52

ITm0.6 IM 0.1

53231120201231

MOROCCAN HEART CARE S5-1/Adulte

CI 49Hz

16cm

2D

55%

C 50

P Bas

HGén

DC  
50%  
1.8MHz  
FP 225Hz

C3



- 200

- 100

- cm/s

- -100

- -200

- -300

75mm/s

\*\*\*bpm

PHILIPS

JABER KAWTER

31/12/2020 11:24:41

ITm0.8 IM 1.4

53231120201231

MOROCCAN HEART CARE S5-1/Adulte

C3

CI 50Hz

15cm

2D

54%

C 50

P Bas

HGén

:: Dist 0.732 cm

:: Dist 3.79 cm

- Dist 0.685 cm

\*\*\*bpm