

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

- Reclamation : [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)



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-589635

63787

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10126 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DADOUN HANAA

Date de naissance : 27/01/72

Adresse : Rés. le jardin Val fleuri  
Zone Stéphane Hellani Val fleuri CASA

Tél. : 0661266619 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Ahmed  
liste des maladies cardiovasculaires  
Rue KADI IASS - MAARIF  
CASABLANCA  
Tél : 0522 25 36 00

Date de consultation : 08/03/2021

Nom et prénom du malade : DADOUN HANAA Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Palpitation

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 : 08/03/2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]





| 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 |
| 08/03/21                       | Visite            | 30                    | 1000                            | INP : 09102639   |
| 08/03/21                       | Examen            | 100                   | 1000                            |  |
| 08/03/21                       |                   |                       |                                 |  |

| EXECUTION DES ORDONNANCES   |          |                       |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
| PHARMACIE DE LA SERRAVALLE<br>N. DADO<br>139, rue Abou Ishak Al Maroufi (Marini)<br>CASABLANCA - Tel: 0522 25 05 05 | 08/03/21 | 141,00                |
|   |          |                       |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                            |      |                              |                        |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

| AUXILIAIRES MEDICAUX             |                |        |     |     |     |                                 |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|                                  |                | A M    | P C | I M | I V |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES   |  |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|--|--|------------------|--|--|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                           |  |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| Important :<br>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. 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>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |                  |  | H  |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  | H  |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | 25533412   | 21433552         |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | 00000000   | 00000000         |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | D  | G                |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | 00000000   | 00000000         |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | 35533411   | 11433553         |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | B  |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession.  |                  |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |                  |  | 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





## Professeur Ahmed BENNIS

Professeur de Cardiologie

Ancien Chef de Service de Cardiologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca

Ancien Président de la Société Marocaine de Cardiologie

Fellow of The European Society of Cardiology

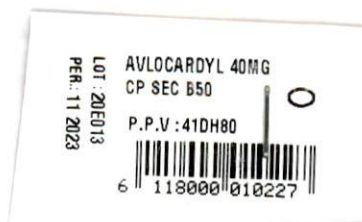
Fellow of The American College of Cardiology

Casablanca le : .....

CASA , Le 08/03/2021



Mme HANAA DADOUN



41,80  
1) AVLOCARDYL Comprime Secable à 40 mg Bte 50 Comprime  
Prendre 1/2 comprimé le matin, à midi et le soir, pendant 3 mois

2) MAGMINE

1 le matin, au cours du repas, pendant 1 mois

91,20  
3) D-CURE FORTE (49,60 x 2)

1 ampoule 100.000 UI dans un verre cde lait chaque 15 jours pendant deux mois  
141,00

Professeur Ahmed BENNIS  
Pédiculateur des maladies cardiovasculaires  
98, Rue KADI LASS - MAARIF  
CASABLANCA - 2036

PPV: 49,60 DH  
LOT: 20J13  
EXP: 10/2023

PPV: 49,60 DH  
LOT: 20J13  
EXP: 10/2023



# CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Professeur Ahmed BENNIS  
Professeur de Cardiologie  
Ancien Chef de Service de Cardiologie du CHU  
Ibn Rochd de Casablanca  
Ancien Président de la Société Marocaine de Cardiologie  
Fellow of The European Society of Cardiology  
Fellow of The American College of Cardiology



98 Angles Rue Kadi Iass et Rue Abou Salt  
( Près de la commune urbaine du Maârif ) Casablanca  
Tél:0522253600 - Fax:0522253601 - Mobile:0661321866  
INPE: 091026591 - Mail: ahmedbennis7@gmail.com

## Facture :

- Date : 08.03.22
- Nom : ABISOU
- Prénom : ABISOU
- Consultation + ECG : 3000
- Echographie Cardiaque : 10000
- Echographie Vasculaire :
- Holter Tensionnel :
- Holter Rythmique :
- Autres :

Total : 13000



Pr. BENNIS AHMED

Cardiologie

98 ANGLE RUE KADI LASS ET BRUE

ABOU

SALT ANDALOUSSI

CASA

Tel.:0522253600

Mobile:0661321866

Fax:0522253601

Email:bennis\_cardio@yahoo.fr

00 0 00124 8

CASA, le 08/03/2021

## Echographie cardiaque

Echographie faite le 08/03/2021 - Opérateur :

**DADOUN HANAA**

Taille : Poids :

Destinataire :

**Indications :** Bilan Cv

### Résultats

| Fc          | Ao    | OG    | Dtd   | Dts   | Inc | EpS  | EpP   | FRD  | FEtm | IMM | PAPs | Pod |
|-------------|-------|-------|-------|-------|-----|------|-------|------|------|-----|------|-----|
| 80<br>Nb/mn | 32 mm | 36 mm | 58 mm | 35 mm |     | 9 mm | 10 mm | 32 % | 65 % |     |      |     |

**Rythme :** sinusal

**Aorte :** normale, aorte initiale non dilatée

**Valve aortique :** sigmoïdes aortiques normales , surface de la valve aortique : 2 cm<sup>2</sup>

**Ventricule gauche :** fonction systolique globalement normale

**Valve mitrale :** normale , surface de la valve mitrale : 4 cm<sup>2</sup>

**Oreillette gauche :** non dilatée

**Coeur droit :** non dilaté

**Péricarde :** libre

**Commentaire :** VG de taille normale. Cinétique VG segmentaire normale.

Pression de remplissage VG non élevé.

FEVG 65% en 2D Biplan.

Etude du strain VG:

GLPS AV: -22,4%

OG normale

Valves mitrales normales.

Aorte initiale non dilatée : 3 sigmoïdes aortiques normales.

Pas de valvulopathie aortique significative



Pas de dilatation des cavités droites.  
Pas de signe d'HTAP.  
Pas d'épanchement pericardique.  
Pas de stenose carotide significative

**Conclusion :**

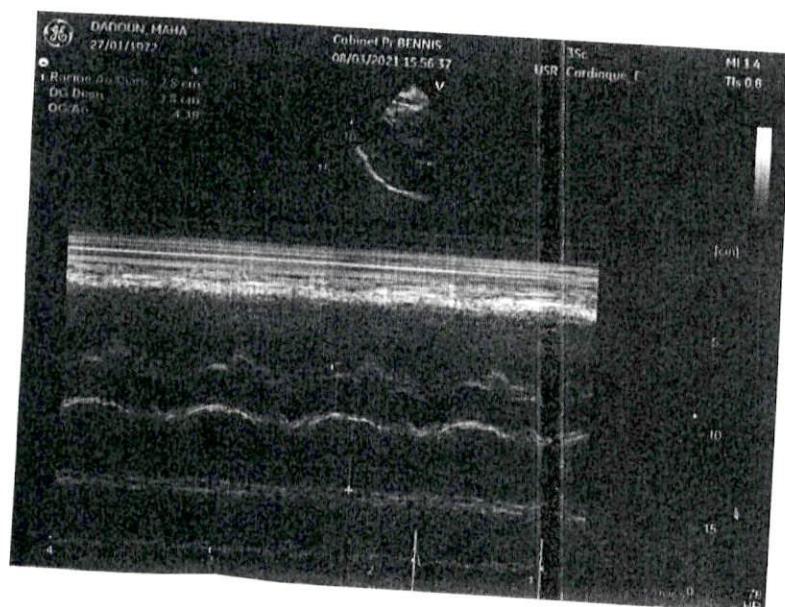
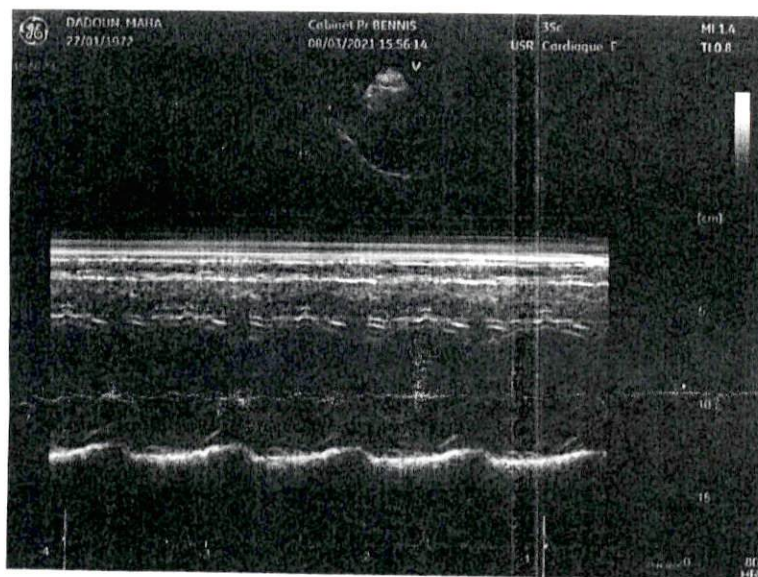
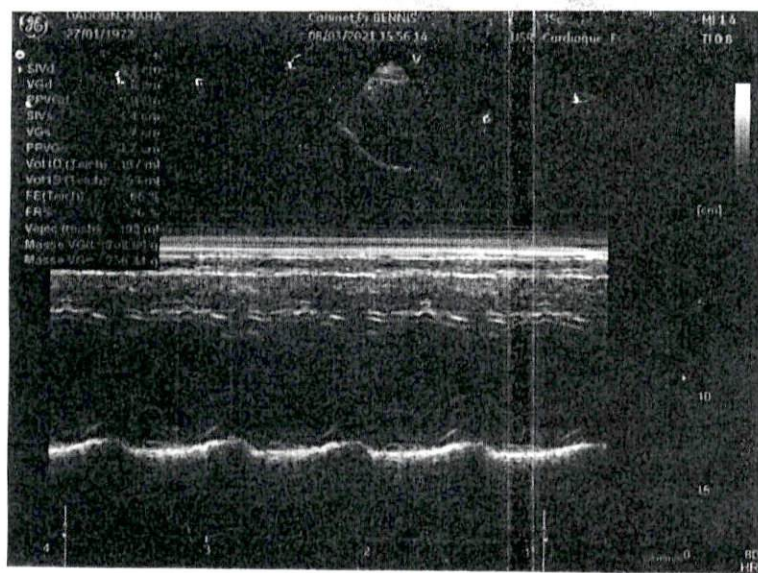
FEVG 65%. PRVG non élevé.

Appareil : Mise en service le

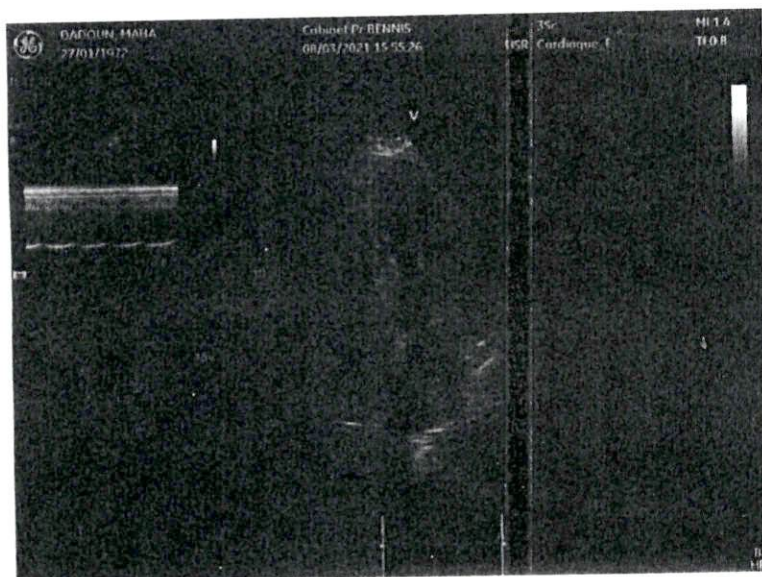
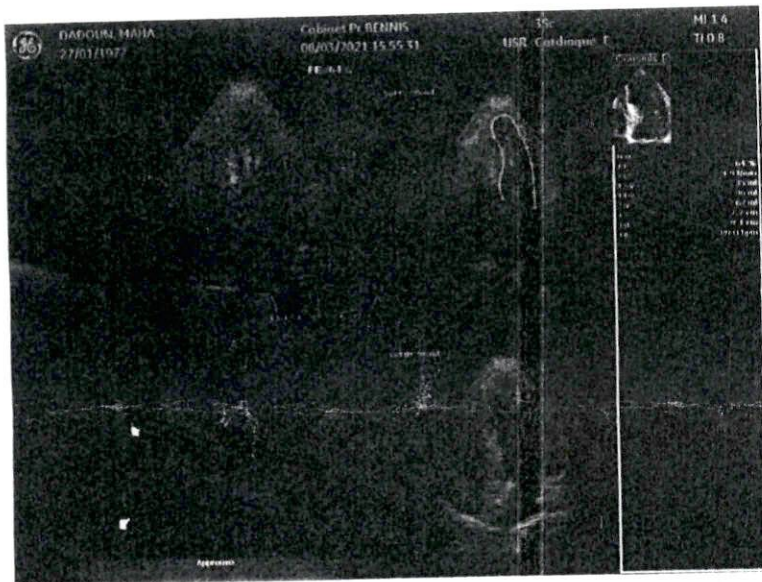
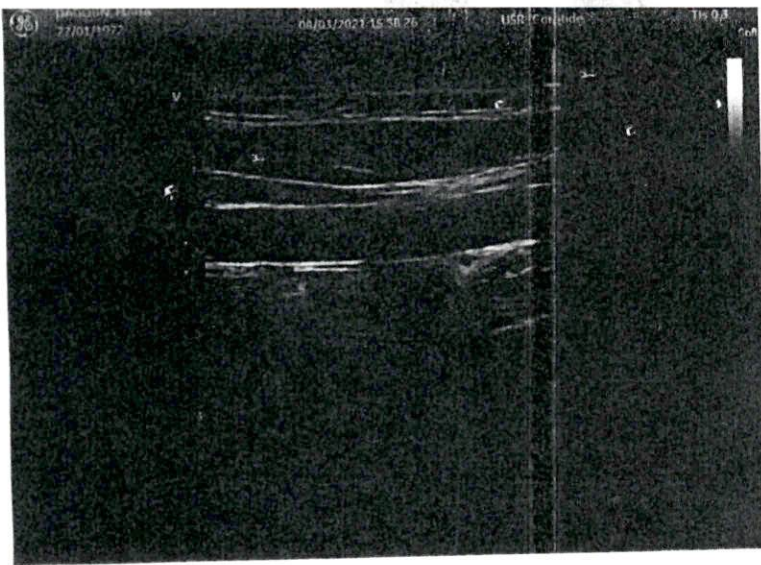
Pr. BENNIS AHMED



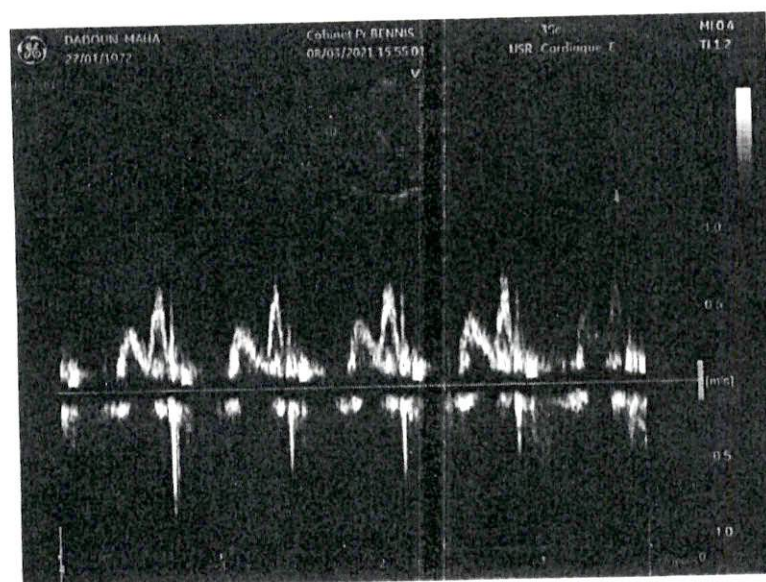
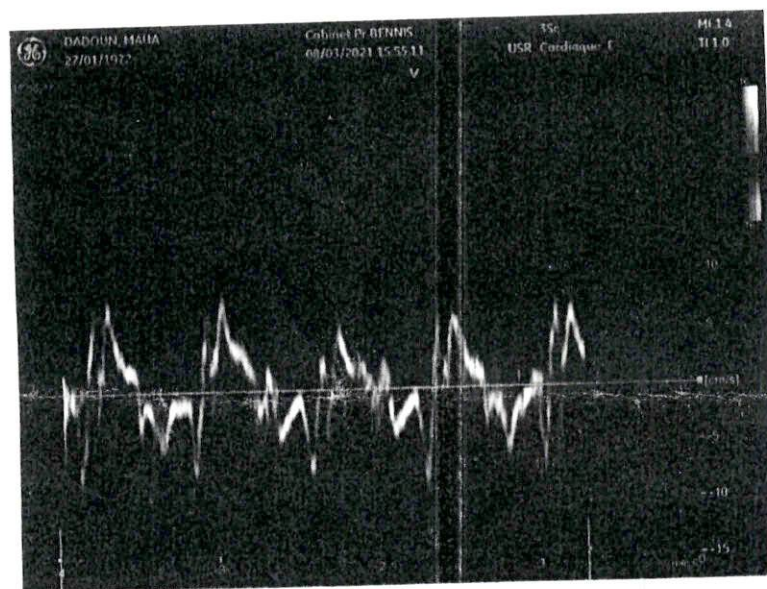
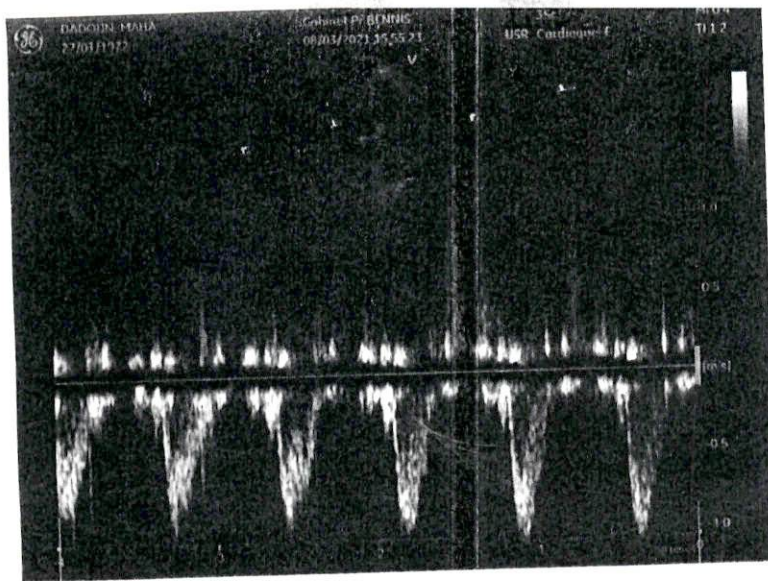














DADOUN HANAA

Né(e) le 27.01.1972  
Age 49 ans  
Sexe Féminin  
Taille cm  
Poids kg  
Origine  
PA 142/85 mmHg  
Remarque

FC 80 /min

Intervalles

RR 747 ms  
P 124 ms  
PR 166 ms  
QRS 86 ms  
QT 350 ms  
QTc 407 ms  
(Bazett)

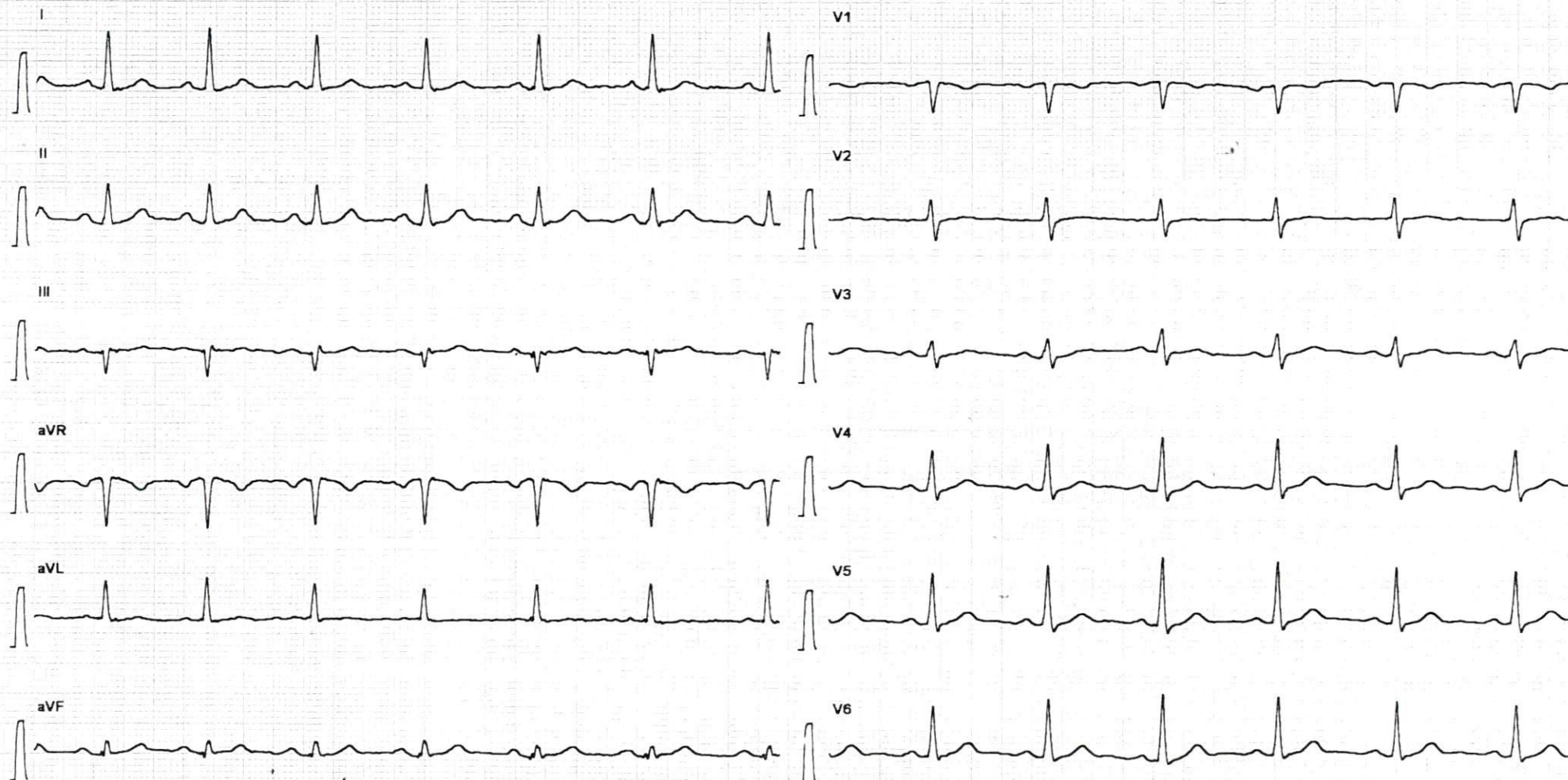
Axes

P 43 °  
QRS 16 °  
T 53 °

P (II) 0.14 mV  
S (V1) - mV  
R (V5) 1.12 mV  
Sokol. 1.51 mV

Interprétation: RYTHME SINUSAL, ANOMALIE DE T NON SPECIFIQUE

RI6.02 Rapport non confirmé



10 mm/mV 25 mm/s

10 mm/mV 25 mm/s