

## 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° W21-632956

92130

|   |  |                                  |                                 |
|---|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire                | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e)               |  |                                  |                                 |
| Matricule :                                 | 2085   | Société :                        |                                 |
| <input type="checkbox"/> Actif              | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | Retraitee                       |
| Nom & Prénom :                              |  | DEL MOUFLI H Saadie              |                                 |
| Date de naissance :                         |  | 02/07/53                         | 53                              |
| Adresse :                                   |  | Boulevard Ali Mamelouk           |                                 |
| Tél. :                                      |  | 1300,00 + 520,00 Dhs             |                                 |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

|   |  |
|---|--|
| Cadre réservé au Médecin  |  |
| 15 NOV. 2012  | Professeur de Cardiologie<br>356, Rue Mostafa El Maâni<br>CASABLANCA<br>Tél. : 0522 22 18 80 / 0522 26 13 36   |
| Cachet du médecin :   |  |
| Date de consultation :  |  |
| Nom et prénom du malade :   |  |
| Lien de parenté :   | <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie :  |  |
| 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 : 12/11/2012

Signature de l'adhérent(e) :

| 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 |
| 12/11/2021                     | 3 x 100           |                       | 3000 DA                         | INF 1000 DA<br>ANALYSE BIOLOGIE<br>EL Maâni<br>0322 26 17 36   |
| 12/11/2021                     | 150               |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       | 1000 DA                         |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |

| EXECUTION DES ORDONNANCES  |          |                       |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
| <p>Pharmacie du Complexe Sportif<br/>         Mme KADIR HASSANI Fatima<br/>         65, Rue Mamoun Mohamed<br/>         Tél : 05 22 20 05 07</p> | 12/11/21 | 520,50                |

| AUXILIAIRES MEDICAUX                  |                   |        |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |  |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature<br>du Particulier | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     |                                    |  |
|                                       |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |  |
| .....                                 |                   |        |     |     |     | .....                              |  |
| .....                                 |                   |        |     |     |     | .....                              |  |
| .....                                 |                   |        |     |     |     | .....                              |  |
| .....                                 |                   |        |     |     |     | .....                              |  |
| .....                                 |                   |        |     |     |     | .....                              |  |

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE   |   |   |  |  |   |  |  |  |
|---|---|---|--|--|---|--|--|--|
| 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF. |   |   |  |  |   |  |  |  |
| <b>SOINS DENTAIRES</b><br>  | <b>Dents Traitées</b><br>(Rows for recording treated teeth) | <b>Nature des Soins</b><br>(Rows for recording type of treatment) | <b>Coefficient</b><br>(Rows for recording 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 PROTHÉSES DENTAIRES</b><br>         | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br>H<br>25533412   21433552<br>00000000   00000000<br>D ————— G<br>00000000   00000000<br>35533411   11433553<br>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                                       |   |   |  |  |   |  |  |  |
| <b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>   |   |   |  |  |   |  |  |  |
| <b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>  |   |   |  |  |   |  |  |  |

# Docteur Saâd SOULAMI

Professeur de Cardiologie



الدكتور سعد السلمي

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Echo Doppler Couleur - Holter

Patient: 

اختصاصي في أمراض القلب والأوعية الدموية

خريج كلية الطب بباريس

فحص القلب بالصدى والدوبليير بالألوان

Casablanca, le

12 NOV. 2021

LOT: 21008  
PER: 08/2023  
PPV: 113,50 DH

LOT: 21074  
PER: 08/2023  
PPV: 113,50 DH

LOT: 21074  
PER: 08/2023  
PPV: 113,50 DH

Pharmacie du Complexe Sportif  
Mme KADIRI HASSANI Fatima  
63, Rue Mamoun Mohamed  
Tél: 05 22 26 05 02

Traitement de:  
Trois (03) Mois

120

(113,50 x 3)

14 lement

(60,00 x 3)

ferplex 40

520,50

Pharmacie du Complexe Sportif  
Dr. Kadiri hassani fatima  
63, Rue Mamoun Mohamed  
Casablanca - Tél. : 05 22 26 05 02



Dr Saâd SOULAMI  
Professeur de Cardiologie

356, Rue Mostafa El Maâni (قرب زنقة أڭادير) - الدار البيضاء

356, Rue Mostafa El Maâni (côté Rue d'Agadir) - 1<sup>er</sup> étage - Casablanca - E-mail : cabinetsoulami@gmail.com

Tél.: 05 22 22 18 84 / 06 62 88 90 91 - Tél./Fax: 05 22 26 13 36 - Urgence : 06 65 14 69 96

CNSS : 2700608 - IF : 41802254 - ICE : 001755076000067 - IPN : 091130922

# Docteur Saâd SOULAMI

Spécialiste des Maladies du Coeur et Vaisseaux  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris  
Ex-Professeur à la Faculté de Médecine  
de Casablanca

Echo Doppler Couleur - Holter



# الدكتور سعد السلمي

إختصاصي في أمراض القلب والأوعية الدموية  
خريج كلية الطب بباريس  
أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

فحص القلب بالصدى والدوليير بالألوان

Casablanca, le ..... 12 NOV 2021...

## COMPTE RENDU D'ECHOCARDIOGRAPHIE DOPPLER COULEUR

**Nom et Prénom : Mme EL MOUFLIH SAADIA**  
**Indication : HTA LIMITE avec Dyspnée ++**

### Mesures TM:

**Aorte :** 28,3 mm      **O.V.A :** 20 mm  
**OG :** 45 mm

### **Valves mitrales:**

Surface mitrale : 4,9 cm<sup>2</sup>

### **Ventricule gauche :**

Diamètre télédiastolique : 45,5 mm

Diamètre télésystolique : 28,7 mm

Pourc. de raccourcissement : 39 %

Fraction d'éjection : 69 %

Contractilité globale : bonne

Contractilité segmentaire : bonne

ParoiPost : 11,1/16,7 mm

SeptumIV : 10,6/15 mm

**Ventricule droit** : 22 mm

**Valves tricuspides** : R.A.S.

**Valves pulmonaires** : R.A.S.

### Commentaires :

**Les sigmoïdes aortiques** sont fines, leur cinétique et leur ouverture sont normales et l'étude du flux aortique au doppler est normal. L'aorte ascendante est de calibre normal et athéromateuse. **Il n'y a pas d'insuffisance aortique au doppler couleur.**

**L'oreillette gauche** est de taille normale et il n'a pas été individualisé de thrombus à l'échographie de ce jour.

**La valve mitrale** est de texture peu épaisse et peu remaniée, souple dans sa cinétique et l'appareil sous valvulaire mitral est peu remanié. La petite valve est rétractée et épaisse. La surface mitrale est à 4,56 cm<sup>2</sup>. L'étude du flux mitral retrouve une IM grade II au doppler

356, زنقة مصطفى المعاني (قرب زنقة أڭادير) - الدار البيضاء

356, Rue Mostafa El Maâni (coté Rue d'Agadir) - 1<sup>er</sup> étage - Casablanca - E-mail : cabinetsoulami@gmail.com

Tél.: 05 22 22 18 84 / 06 62 88 90 91 - Tél./Fax: 05 22 26 13 36 - Urgence : 06 65 14 69 96

CNSS : 2700608 - IF : 41802254 - ICE : 001755076000067-IPN : 091130922

couleur avec un diamètre du jet à 2 mm et une surface de l'OR à 0,09 cm<sup>2</sup> avec une PISA à 0,36 et un VR à 20 ml.TRI normal

**Le ventricule gauche** est de taille normale, avec une cinétique globale et segmentaire normales et la fonction ventriculaire gauche systolique est satisfaisante. **Le septum interventriculaire est normal** et le septum inter-auriculaire est normal (**pas d'anévrisme**)

**Le ventricule droit** a une cinétique globale et une taille normale.

Fonction VD normale avec TAPSE à 25 mm et onde S en anneau tricuspidien à 9 cm/S  
VCI de taille normale et compliante ++

**La valve tricuspide est fine et son flux au doppler est normal. Le flux d'IT permet de calculer la pression pulmonaire à 25 mmHg.**

Les sigmoïdes pulmonaires sont fines et leur flux au doppler est normal.  
Il n'y a pas d'épanchement péricardique .

**AU TOTAL :**

**Examen échocardiographique retrouvant une IM minime**

**Pas de signes échocardiographiques en faveur d'un retentissement de l'HTA sur le coeur ( Pas de cardiopathie hypertensive ) .**

**Bonne contractilité segmentaire .**

**Aorte athéromateuse et pas de HTAP**

**Pr.S.SOULAMI**

*Dr Saad SOULAMI  
Professeur de Cardiologie  
356, Rue Mostafa El Maâni  
22 18 84/26 13.36 - CASA*

EL MOUFLIH, SAADIA

ID:

D-naisse:

isite6

12-Nov-2021 01:13:57

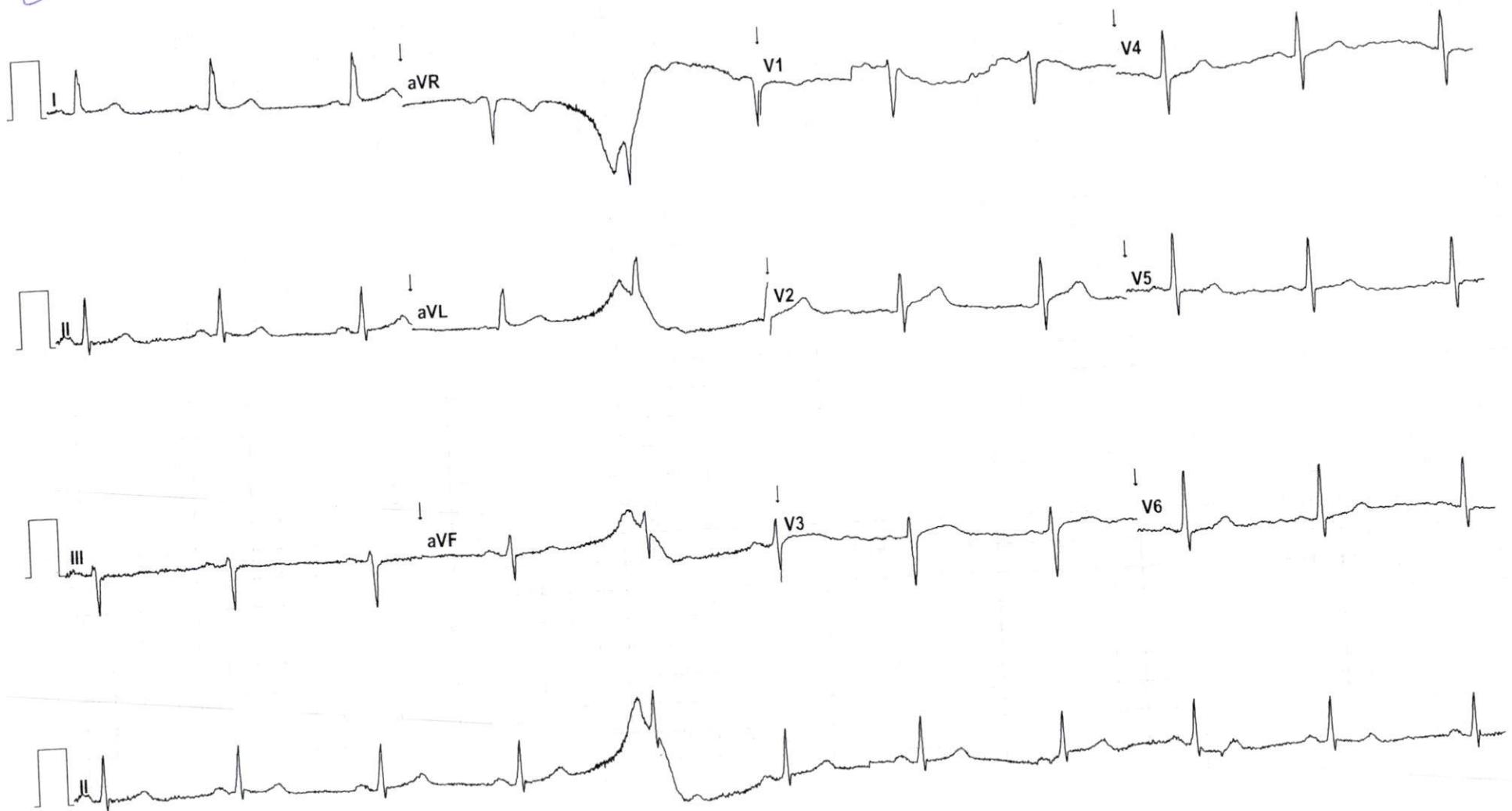
Fréq.Card: 63 BPM  
Int PR: 158 ms  
Dur.QRS: 89 ms  
QT/QTc: 385 / 391 ms  
Axes P-R-T: 64 0 35  
Moy RR: 952 ms  
QTcB: 394 ms  
QTcF: 391 ms

RYTHME SINUSAL

ECG NORMAL

ATTENTION: LA QUALITE DES DONNEES PEUT INFLUENCER L'INTERPRETATION

Non confirmé



Site # 0 App.# 0 ELI Link 4.11.6.0 Séquence # 37977 25mm/s 10mm/mV 0.05-300 Hz

Site Zero

