

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

M22- 0018605

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3691 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SALHI Naïma
Date de naissance : 6-11-1957
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/08/2022
Nom et prénom du malade : SALHI NAÏMA Age : 64
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : HTA
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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : / /

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.


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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
29.08.22	C+RCL		300.DH	 Docteur Cardouy 262 Bd. Youssef el Maroufi - Casablanca Tel : 05 27 42 10 00 GSM : 06 62 80 19 22
29.08.22	Rem. doppler Vesur		800.DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie AL MAWLID Angle Rue Ibnou Katir et Abou Hassan Saghri Maârif Extension Casablanca Tel : 05 22 23 17 00	14/09/22	39200

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

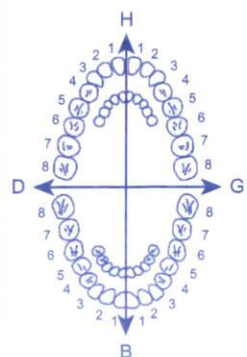
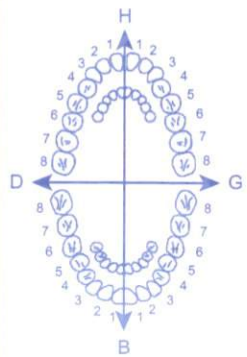
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																					
				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>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	(Création, remont, adjonction) 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

Docteur Mouad CRIQUECH
Spécialiste
Maladies du cœur et des vaisseaux



الدكتور معاد كريش
اختصاصي
في أمراض القلب و الشرايين

Casablanca le : 14/09/2022

Mme SALHI NAIMA

Pharmacie AL MAWLID
Angle Rue Ibnou Katir
et Abou Hassan Saghir
Maârif Extension Casa - Tél : 0522 23 17 06

Pharmacie AL MAWLID
Angle Rue Ibnou Katir
et Abou Hassan Saghir
Maârif Extension Casa - Tél : 0522 23 17 06

2 - MEDZAR 50MG

traitement de 3 mois

Pharmacie AL MAWLID
Angle Rue Ibnou Katir
et Abou Hassan Saghir
Maârif Extension Casa - Tél : 0522 23 17 06

Docteur Mouad CRIQUECH
Cardiologue
262 Bd Yaâcoub El Mansour - Casablanca
Tél : 05 22 94 09 10 - GSM : 06 62 80 19 75

LOT: 188
PER: JAN 2025
PPV: 44 DH 00

LOT: 185
PER: JAN 2025
PPV: 44 DH 00

LOT: 185
PER: JAN 2025
PPV: 44 DH 00

LOT: 190
PER: FEV 2025
PPV: 44 DH 00

65,00

65,00

65,00



Facture

29/08/2022

SALHI NAIMA

Acte	Honoraire
CONSULTATION+ECG	300,00
ECHO DOPPLER COEUR	800,00
TOTAL	1 100,00

Somme arrêtée à : un mille cent dirhams

Docteur Mouad CRIQUECH
Cardiologue
262 Bd Yaâcoub El Mansour - Casablanca
Te : 05 22 94 09 10 - GSM : 06 62 80 19 75

Compte Rendu d'échocardiographie doppler

Nom, Prénoms : Mme SALHI NAIMA

Date : 29/08/2022

Age : 65 an(s)

Valve Mitrale :

Epaisseur :

Calcifications :

ASV :

Mobilité :

Remaniement :

Score de Wilkins :

Gradient OG-VG moy :

Gradient OG-VG max :

Surface Aortique : - planimétrie

- Doppler

Insuffisance mitral : 0

Valve Aortique :

Gradient VGO max :

Gradient VGO moy :

Surface Aortique planimétrie :

Insuffisance Aortique : 0

Valve Pulmonaire :

Insuffisance pulmonaire :

Gradient VDAP max :

Gradient VDAP moy :

Valve Tricuspidé :

Insuffisance Tricuspidé :

PAPS : NLE

Surface tricuspidé doppler :

Ventricule Gauche :

VGD : 42 mm

VGS : 22 mm

FR : 46

FE : 78

PPD : 08 mm

PPS : 15 mm

SIVD : 12 mm

SIVS : 14 mm

Ventricule Droit :

DTD : 32 mm

Oreillette Gauche : 30 mm

Aorte : 42 mm

R : 0.71

Flux mitral :

TD : 146 m/s

TRIV :

EV max : 0.53 m/s

AV max : 0.55 m/s

E/A : 0.96

Péricarde :

Décollement postérieur : 0

Décollement antérieur : 0

CONCLUSION :

HYPERTROPHIE SEPTALE ASYMETRIQUE
TROUBLE DE LA RELAXATION DU VG
FONCTION SYSTOLIQUE DU VG NORMALE AU REPOS
CINETIQUE SEGMENTAIRE DU VG OPTIMALE
PAS DE VALVULOPATHIE PATENTE
PERICARDE SEC

Docteur Mouad CRIQUECH
Cardiologue
262 Bd Yaakoub El Mansour - Casablanca
Te : 05 22 94 09 10 - GSM : 06 62 80 19 75

Docteur Mouad CRIQUECH
Spécialiste
Maladies du cœur et des vaisseaux



الدكتور معاد كريش
اختصاصي
في أمراض القلب و الشرايين

PC

3691

Mme Salhi

le 29.8.22

0613678463 Naïma

SOPRAT

Triglycérides - urée - ionogramme
hDLc - Hbglycosylée
Creatinine sanguine - Vit D
Hémoglobine - TSHu
glycémie à jeun

Docteur Mouad CRIQUECH
Cardiologue
262 Bd Yaâcoub El Mansour - Casablanca
Tél : 05 22 94 09 10 - GSM : 06 62 80 19 75



262, Bd. Yaâcoub El Mansour - Casablanca - Tél. : 05 22 94 09 10 - GSM : 06 62 80 19 75

10mm/mV

10mm/mV

V1

V4

V2

V5

V3

V6

0mm/mV

10mm/mV

