

## 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.

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



## Déclaration de Maladie

N° W21-718022

Par courrier

134573

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

1922

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL AAZIZI MOHAMMED

Date de naissance :

01/06/1952

Adresse :

HAY AZHAR IMM F ALIY AVENUE 15N KHAIS FES

Tél. :

0525608347

Total des frais engagés :

800,- Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

**Dr. SAAD BENNOUNA  
CARDIOLOGUE  
15, AV. Lalla Meriem-FES  
Tél: 05.25.65.33.92 GSM: 06.61.14.85.35**

Cachet du médecin :

Date de consultation :

13/08/2022

Nom et prénom du malade :

EL AAZIZI MOHAMMED

Age :

70

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HTA

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 :

Le : 13/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :

JES

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-718022

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

1922

EZAIZI MOHAMMED

Nom de l'adhérent(e) :

MOHAMMED

Total des frais engagés :

800,-

Date de dépôt :

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
13.06.2022	Echo cardigraph D-prob K901	8.000.00		INP : 14192711 Dr. SAAD BENNOUNA CARDIOLOGUE Lalla Meriem- El-92-GH-06.61.1.1

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

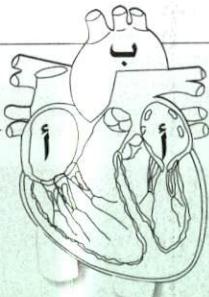
## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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



# الدكتور سعد بنونة

**Docteur Saâd BENNOUNA**

اختصاصي في أمراض القلب والأوعية الدموية

Cardiologue lauréat de l'université de Rouen

Spécialiste des Maladies du Coeur et des Vaisseaux

خريج كلية الطب بروان (فرنسا). مجاز في فحص القلب بالصدى والدوبلر  
ملحق سابقًا بمستشفيات روان. ملحق سابقًا بالمستشفى الدراسي العسكري محمد الخامس  
**Diplômé d'Echocardiographie - Doppler (Paris VII)**  
**Explorations Cardiovasculaires.**

13/10/2022

Mr EL AZAIZI MOHAMMED

## NOTE D'HONORAIRES

Echocardiographie Doppler (K80) : 800,00 DH

Acquittée la présente facture à la somme de :

HUIT CENT DIRHAMS

Dr. SAÂD BENNOUNA  
CARDIOLOGUE  
15, AV. Lalla Meryem FES  
Tel: 05.35.65.33.92 GSM: 06.61.14.85.35

# COMPTE-RENDU D'EXAMEN ECHOCARDIOGRAPHIQUE 2D + DOPPLER COULEUR

Nom & Prénom                    Mr EL AZAIZI MOHAMMED  
Age                                70 ans.  
Date                              13/10/2022  
Orientation clinique            HTA

## ETUDE OG + MIT

- REMANIEMENT dégénératif des feuillets mitraux. Jeu valvulaire normale
- OG dilatée  $30 \text{ cm}^2$ , libre d'échos anormaux.
- IM grade II faible Flux diastolique mitrale de type restrictif

## AORTE

- AORTE non dilatée .remaniement dégénératif des sigmoïdes. Ouverture systolique valvulaire = 15.9 mm
- Gradient VG /AO max = 8.7 mmHg. Moy = 5.2 mmHg
- Absence d'IA

## VG

- VENTRICULE gauche non dilaté, importante hypertrophie symétrique hypokinesie inférieur

VG TD = 4.8 cm VG TS = 2.9 cm FR = 40 % FE = 71 %.  
SIVS = 2.2 cm SIVD = 1.5 cm PPD = 1 cm

## CAVITE DROITE

- OD dilatée  $28 \text{ cm}^2$ .VD de taille normale.
- PAS d'anomalie au niveau des structures valvulaires tricuspides et pulmonaires.
- ABSENCE de décollement péricardique.
- ABSENCE de végétations osleriennes.
- IT de type physiologique

## AU TOTAL :

- CARDIOPATHIE ATRIALE DILATATION BIAURICULAIRE SANS THROMBUS VISIBLE IM GRADE II FAIBLE
- IMPORTANTE HYPERTROPHIE SYMETRIQUE PARIETALE DE TYPE HYPERTENSIVE AVEC DISCRETE HYPOKINESIE INFÉRIEUR.
- FONCTION SYSTOLIQUE CONSERVÉE FE = 71 %.
- ABSENCE D'HTAP. VCI PLAT ( 12 mm )



## DONNEES PATIENT

<b>NOM</b>	EL AZAIZI	<b>PRENOM</b>	MOHAMMED
<b>DATE DE NAISSANCE</b>	01 JAN 1952	<b>AGE</b>	70 a
<b>SEXE</b>	M		
<b>BSA</b>			
<b>PRESS SYS</b>		<b>PRESS DIA</b>	

<b>IDENTIFICATION</b>			
<b>NUMERO DE DOSSIER</b>			13 OCT 2022
<b>OPERATEUR</b>			

<b>MEDECIN OPERATEUR</b>		<b>DATE DU RAPPORT</b>	13 OCT 2022
--------------------------	--	------------------------	-------------

**CARDIOLOGIE** [Vitesse absolue utilisée]

<b>MODE B</b>					
<b>VOLUME OD (SIMP-M)</b>					
SURFACE OD (SIMP-M)	28.23	cm <sup>2</sup>	LONGUEUR OD (SIMP-M)	71.1	mm
VOLUME OD (SIMP-M)	85.8	ml			
<b>VOLUME OG (SIMP-M)</b>					
SURFACE OG 4C (SIMP-M)	30.34	cm <sup>2</sup>	LONGUEUR OG (SIMP)	65.4	mm
VOLUME OG (SIMP-M)	109.5	ml			

**DOPPLER**

<b>AORTE</b>					
ITV VALVE AORTIQUE	32.09	cm	VITESSE MOY VALVE AO	105.6	cm/s
GRAD MOYEN VALVE AO	5.2	mmHg	VITESSE MAX VALVE AO	147.7	cm/s
GRAD MAX VALVE AO	8.7	mmHg			
<b>VALVE MITRALE</b>					
VITESSE MAX ONDE E MITRAL	74.2	cm/s	VITESSE MAX A MITRAL	69.5	cm/s
GRAD MAXIMAL E MIT	2.2	mmHg	GRAD MAXIMAL A MIT	1.9	mmHg
RAPPORT E/A MITRALE	1.07				
<b>FUITE TRICUSPIDE</b>					
VIT MAX regurg TRIC	190.3	cm/s	PRESS OREILLETTTE DROITE	5.0	mmHg
GRAD MAX regurg TRIC	14.5	mmHg	PVDS	19.5	mmHg
<b>ARTERE PULMONAIRE</b>					
PRESS ART PULM SYS*	19.5	mmHg			
<b>SURFACE VALVE AO</b>					
VITESSE MAX VALVE AO	147.7	cm/s			

**MODE TM**

<b>AORTE/OG</b>					
DIAM AORTIQUE	36.1	mm	OREILLETTTE GAUCHE	44.2	mm
OUVERTURE VALVE AO	15.9	mm			
<b>MESURES VG</b>					
EPAISSEUR SIV DIAST	15.6	mm	DIAMETRE TELEDIAST VG	48.4	mm
EPAISSEUR PP DIAST	9.9	mm	EPAISSEUR SIV SYST	22.0	mm
DIAMETRE TELESYST VG	28.9	mm	EPAISSEUR PP SYSTOLE	20.2	mm
FRACTION D'EJECTION	71	%	FRACT RACCOURCI VG	40	%
VOLUME TELEDIAST VG	109.8	ml	VOLUME TELESYST VG	31.9	ml
VOLUME D'EJECTION	77.9	ml	FRACTION RACCOURCI SIV	40	%
FRACTION RACCOURCI PP	103	%	MASSE VG	290	g