

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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° W21-792617

154549

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0847 Société : ROYAL AIR MAROC
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITÉ
 Nom & Prénom : ANTOUET SAÏD
 Date de naissance : 01/01/1949
 Adresse : 84 RESIDENCE DES ROSES APPT NR 07 HAY EL NAHA
 BEAUSSEUR CASABLANCA
 Tel : 0613214100/0522394810 Total des frais engagés : #1494,52 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Stamp: Professeur Agrégé Cardiologie, 5, Rue Med. Abdouh - Casablanca, Tél: 05 22 29 11 55/59 - 05 22 47 47 89]
 Date de consultation : 18.03.2023
 Nom et prénom du malade : ANTOUET SAÏD Age : 74
 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 : Casablanca
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]
 Date : 23 MAR. 2023

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
18-03-2023	Echocœur			Dr. EL HACHIM LOUHICHI Professeur Agrégé Cardiologie Tél: 05 22 29 71 55 - 05 22 29 71 53

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
16.03.2023 H0316008	B250 B400 B18	LABORATOIRES D'APPLICATIONS SCIENTIFIQUES 11-13, Rue Moulina BEN ALI CASABLANCA - Tél: 05 22 27 64 84	TE 594,52 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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	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> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			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																		
				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

**CABINET DE CONSULTATIONS
ET D'EXPLORATIONS
CARDIO-VASCULAIRES**

الدكتور المخلوف علي
Docteur EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé

Casablanca, le 16-03-2023 البيضاء في

Nom et Prénom : Mr ANJOUCE Saïd

Examen du sang

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Créatinémie | <input type="checkbox"/> ASLO |
| <input type="checkbox"/> Urée sanguine | <input type="checkbox"/> Fibrinémie |
| <input type="checkbox"/> Acide Urique | <input type="checkbox"/> Taux de Prothrombine + INR |
| <input type="checkbox"/> Glycémie à jeun | <input type="checkbox"/> Ionogramme sanguin |
| <input type="checkbox"/> Cholestérol total, HDL, LDL | <input type="checkbox"/> P.S.A. |
| <input type="checkbox"/> Triglycérides | <input type="checkbox"/> T3 <input type="checkbox"/> T4 <input type="checkbox"/> TSHus |
| <input type="checkbox"/> SGOT - SGPT - γ .G.T. | <input type="checkbox"/> Hb Glycosylée |
| <input type="checkbox"/> Marqueurs hépatites B et C | <input type="checkbox"/> <u>Troponine</u> |
| <input type="checkbox"/> VS, NFS avec plaquettes | <input type="checkbox"/> C.R.P |
| <input type="checkbox"/> CPK | <input type="checkbox"/> Electrophorèse des protéides |
| <input type="checkbox"/> CPKmb | <input type="checkbox"/> Protidémie |
| <input type="checkbox"/> Dosage de la vitamine D | <input type="checkbox"/> <u>D-Dimers</u> |
| <input type="checkbox"/> Ferritinémie | |

Examen des urines

- ☐ Recherche de l'Albumine
- ☐ Microalbuminurie de 24 heures
- ☐ Cyto. Bac. des urines
- ☐ Ionogramme Urinaire

110316008
LABORATOIRES D'APPLICATIONS
SCIENTIFIQUES
11-13, Rue Houcine BEN ALI
CASABLANCA - Tél: 05 22 21 64 84

CLOUDON

LABORATOIRE D'APPLICATIONS SCIENTIFIQUES

A.TOUIMI BENJELLOUN
Pharmacien Biologiste
Docteur d'Etat en Pharmacie
Professeur Agrégé de Biochimie
de la Faculté de Nancy

Docteur J. TAZI SIDQUI
Anatomo-cytopathologiste
de la Faculté de Paris VI
Ancien Maître-Assistant
C.H.U de Rabat

Y.TOUIMI BENJELLOUN
Ep.TAHIRI
Pharmacien Biologiste
de l'Université Libre
de Bruxelles

Membres *uni*  *bio* International

FACTURE

Numéro h0316008

N° Matricule:0000847 A

Analyses du 16.03.2023

Prescrit par : Dr EL MAKHLOUF Ali

Monsieur AMJOUEL Said
IMM.84 APPT 7 RES.DES ROSES
HAY RAHA CASABLANCA
RAM MUPRAS

Le 16 Mars 2023

TROP SERO DDIM PDS1

TOTAL des B	:	668	(Tarif RAM)
TOTAL Facture	:	594,52	DH
Part à la charge du patient : 100%		594,52	DH
Net à payer	:	594,52	DH

PAYE

LABORATOIRES D'APPLICATIONS
SCIENTIFIQUES
11-13, Rue Houcine BEN ALI
CASABLANCA - Tél: 05 22 27 64 84

LABORATOIRES D'APPLICATIONS SCIENTIFIQUES

A. TOUIMI BENJELLOUN
Pharmacien Biologiste
Docteur d'Etat en Pharmacie
Professeur Agrégé de Biochimie
de la Faculté de Nancy

Docteur J. TAZI SIDQUI
Anatomo-cytopathologiste
de la Faculté de Paris VI
Ancien Maître-Assistant
C.H.U. de Rabat

Y. TOUIMI BENJELLOUN
Ep. TAHIRI
Pharmacien Biologiste
de l'Université Libre
de Bruxelles

Membres  International

Dossier N° **h0316008**
Docteur EL MAKHLOUF Ali
5 rue mohamed abdou Apt n2
CASABLANCA

Monsieur **AMJOUEL Said**
IMM.84 APPT 7 RES.DES ROSES
HAY RAHA CASABLANCA
RAM MUPRAS

Patient né le 01.01.1949 74 ans

Prélevé le 16.03.2023 à 10h45

Edition du 16 Mars 2023

HEMOSTASE ET COAGULATION

Valeurs de référence

Antériorités

Dosage des D.Dimères

(Cobas C501, C6000 - ROCHE)

108 ng/ml

(< 500)

✎ Pour les thromboses profondes, le seuil de décision est à 500 ng/mL
Pour les embolies pulmonaires, le seuil de décision est soit à 500 ng/mL pour les moins de 50 ans.
soit ajusté à l'âge tel que : ≥ 50 ans : $\text{âge} \times 10$ ng/mL.

MARQUEURS CARDIAQUES

Valeurs de référence

Antériorités

Troponine T (ultrasensible)

(COBAS 6000 - ROCHE)

13 ng/l

(< 25)

Dr A. TOUIMI BENJELLOUN

PAG1

CASABLANCA, LE 18/03/2023

Mr Said AMJOUEL

ECHO DOPPLER CARDIAQUE

Dim.vgtd= 63.00
Dim.vgts= 18.00
Ep.ppvgt= 12.9
Siv td= 14.00
Dim.racine ao= 34
Dim.og.= 53
Ouv.sigm.ao= 17

Commentaires:

Oreillette gauche dilatée à 29.2cm²
Petit bourrelet septal sous aortique non sténosant
Ventricule gauche de taille normale
Fonction ventriculaire gauche normale
Contractilité segmentaire normale
Fraction d'éjection Simpson = 60 %

Mitrale:

Insuffisance mitrale minime
Le rapport E/A < 1 m/s avec l'onde E = 0.50 m/s.

Aorte:

Pas de sténose ni fuite.
La Vmax = 0.9m/s.

Tricuspide:

Insuffisance tricuspideenne grade 1
La pression artérielle pulmonaire systolique calculée à partir
de l'IT est à 30 mmHg.

Conclusion:

Insuffisance mitrale minime
Oreillette gauche dilatée à 29.2cm²
Petit bourrelet septal sous aortique non sténosant
Ventricule gauche de taille normale
Fonction ventriculaire gauche normale
Contractilité segmentaire normale
Fraction d'éjection Simpson = 60 %
Absence d'hypertension artérielle pulmonaire.

N B : Test d'effort indiqué

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdouh - Casa
Tél: 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89

PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF
Cardiologie adulte et pédiatrique
Explorations Cardio-vasculaires

5, rue Mohamed Abdou CASABLANCA

Tél. : 0522.29.81.55 / 59 ou 0522.47.26.89

Fax : 0522.22.62.97

GSM cabinet : 06 78 18 18 16

CASABLANCA Le 18 mars 2023

Mr AMJOUEL Said

ECHO CARDIAQUE 900,00DHS

Arrêtez la présente facture à la somme de 900.00DHS

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdouh - Casa
Tél: 05 22 29 81 55 / 59 - 05 22 47 26 89

EN CAS D'URGENCE APPELEZ LA CLINIQUE JERRADA
0522238181
DR EL MAKHLOUF 0661131483



