

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0043436

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5127 Société : 167503  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : LAHRACH NAÏMA  
 Date de naissance : 13.08.1952  
 Adresse : 120, Rue Abu Abdillah Nafii, MAARIF, CASABLANCA  
 Tél : 0661465113 Total des frais engagés : 1230,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur Mouad CRIQUECH Cardiologue  
 62 Bd Yésoub El Matrou Casablanca  
 T : 05 22 94 09 10 GSM : 06 62 80 1735  
 Date de consultation : 24/06/2023  
 Nom et prénom du malade : Lahrach Naïma Age : 70 ans  
 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 : Casablanca Le : 27/07/2023  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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

# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 24.06.23        | C + FCR           |                       | 300,00                          |  |
| 24.06.23        | ecodoppler        |                       | 800,00                          |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 24/06/23 | 130,8                 |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |

# 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | 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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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<br>PROTHESES DENTAIRES | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><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> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  | H  |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
| H                            |  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| 25533412                     | 21433552   |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| 00000000                     | 00000000   |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| D                            | G  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| 00000000                     | 00000000   |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| 35533411                     | 11433553   |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| B                            |  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                              |  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                              |  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                              |  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                              |  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                              |  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                              |  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                              |  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                              |  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                              |  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                              |  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |

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 : 24/06/2023

Mme LAHRACH NAIMA



1 - TENORETIC 50/12.5mg

65.40 x 2  
1/2-0-0

= 130,80

traitement de 3 mois

PHARMACIE DE LA MOSQUEE  
Dr. Mouad CRIQUECH  
76, Rue de l'Atlas Maarif Casablanca  
Tél: 05 22 98 42 73

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

0/12,5 mg

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Qi,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Tenoretic 50mg/12.5mg  
cp peli b30  
P.P.V : 65,40 DH



6 118001 182350

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Qi,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Tenoretic 50mg/12.5mg  
cp peli b30  
P.P.V : 65,40 DH



6 118001 182350



## NOTE D'HONORAIRES

24/06/2023

LAHRACH NAIMA

| Acte               | Honoraire       |
|--------------------|-----------------|
| CONSULTATION+ECG   | 300,00          |
| ECHO DOPPLER COEUR | 800,00          |
| <b>TOTAL</b>       | <b>1 100,00</b> |

Somme arrêtée à : un mille cent dirhams

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

Compte Rendu d'échocardiographie doppler

Nom, Prénoms : Mme LAHRACH NAIMA

Date : 24/06/2023

Age : 71 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 : 53 mm  | VGS : 34 mm  | FR : 35 | FE : 64 |
| PPD : 09 mm  | PPS : 14 mm  |         |         |
| SIVD : 07 mm | SIVS : 12 mm |         |         |

Ventricule Droit :

DTD : 24 mm

Oreillette Gauche : 37 mm

Aorte : 27 mm

R : 1.38

Flux mitral :

|                   |                   |            |
|-------------------|-------------------|------------|
| TD : 300 m/s      | TRIV :            |            |
| EV max : 0.73 m/s | AV max : 0.70 m/s | E/A : 1.04 |

Péricarde :

|                            |                           |
|----------------------------|---------------------------|
| Décollement postérieur : 0 | Décollement antérieur : 0 |
|----------------------------|---------------------------|

CONCLUSION :

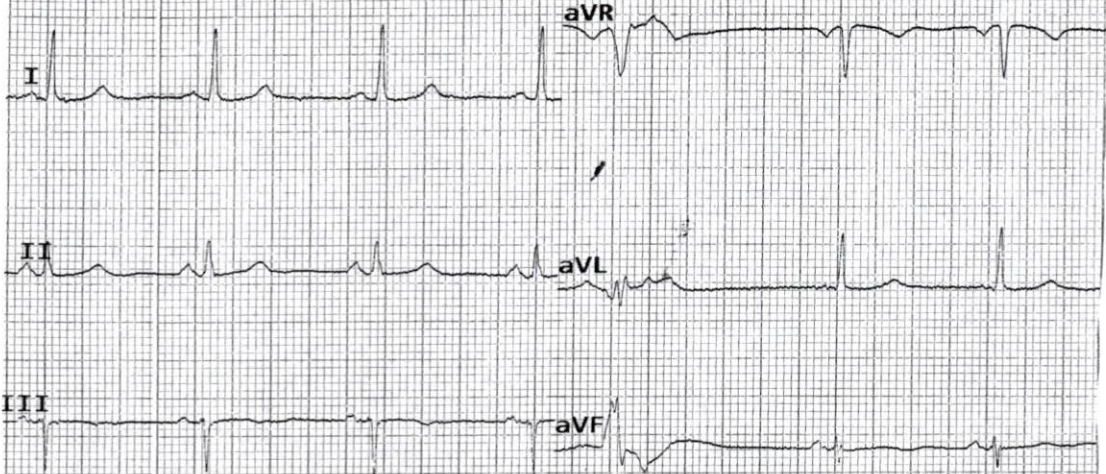
VG DE TAILLE ET DE FONCTION SYSTOLIQUE NORMALE  
CINETIQUE SEGMENTAIRE DU VG NORMALE AU REPOS  
PAS DE VALVULOPATHIE  
TROUBLE DE LA FONCTION DIASTOLIQUE DU VG  
PERICARDE SEC

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

nm/mV

10mm/mV

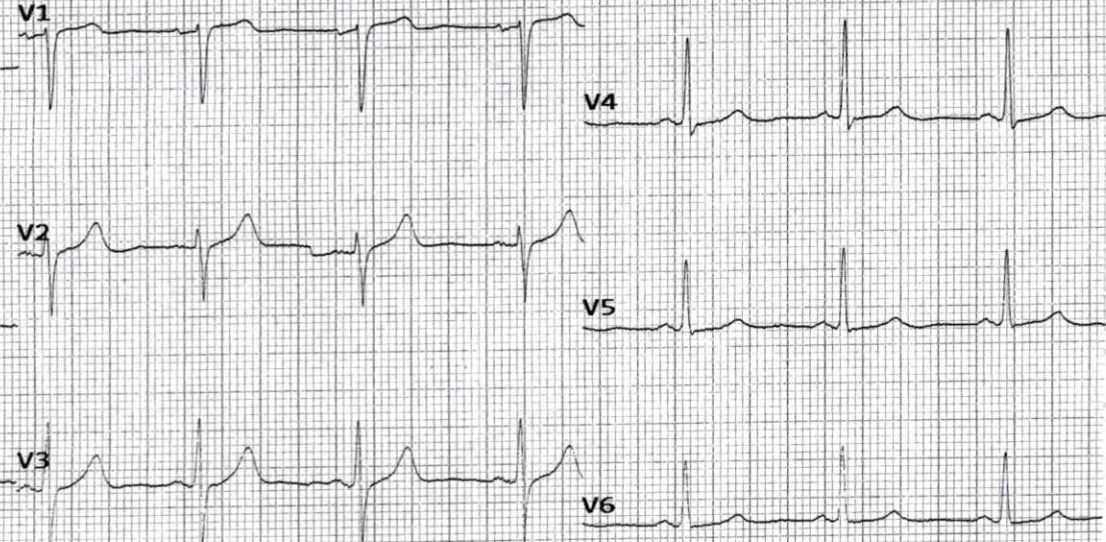
21.06.2023



Vitesse: 25mm/s AC:50Hz Filtre:A50 D 85Hz Mode d'impr:Temp

10mm/mV

10mm/mV



is réel SOMQ VT307.007