

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.

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

M22- N° 004616

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 987 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité
Nom & Prénom : SKALLI Houssaini Saïda
Date de naissance : 1947
Adresse : A 68070
Tél. : 06 61 268 568 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Centre M'RIAG, Angle Anoual /
Abdelmoumen - Casablanca
Tél : 05 21 17 20 10


Date de consultation : 07 / 06 / 2023
Nom et prénom du malade : Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : PAC 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 : 12 / 07 / 23


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
07/06/23	Ec. Ecg		300 dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/06/23	342.30 3780 342.30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	07/06/23	Ec. Doppler cœur	300 dh

AUXILIAIRES MEDICAUX

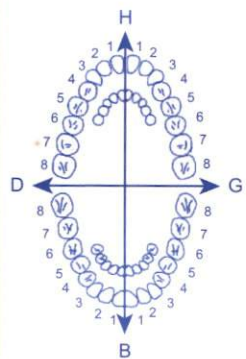
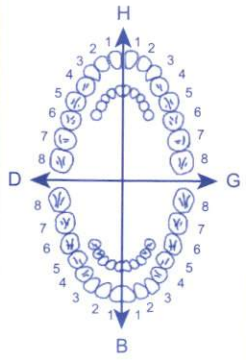
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

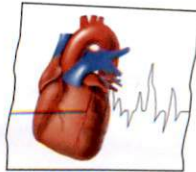
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 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

الدكتورة زينب العمراني
اختصاصية في أمراض
القلب والشرابيين



ECHO-DOPPLER
EPREUVE D'EFFORT
HOLTER

Casablanca, le : 07.06.2023.

Mme SKATI SAOAT



114.10x3

342.30

1260x3

1. Crestor 5mg 1cpli le
2. Cicentia 10mg.

PPV: 126 DH 00

PPV: 126 DH 00

PPV: 126 DH 00



A recevoir

le 21.07.2023

Dr LAMRANI Zineb
CARDIOLOGUE
Centre MIAG, Angle Anoual /
Abdelmoumen, Casablanca
Tél: 06.61.17.30.19 - 05.22.86.59.60

Dr LAMRANI Zineb
CARDIOLOGUE
Centre MIAG, Angle Anoual /
Abdelmoumen, Casablanca
Tél: 06.61.17.30.19 - 05.22.86.59.60

Chaque 2 semaines

TA sur 3 p us.

$$\boxed{\text{si elle} > 135/85}$$

mon ou se voit dans 3 mois.

$\boxed{\text{EE}}$ urgent

Dr LAMRANI Zineb
CARDIOLOGUE

Centre MIARAG, Angle Anoual - Abdelmoumen
Tél: 06.61.17.30.19 - 05.22.36.59.60

ICF: 00165488600061

07/06/2023

Je soussigné Dr Lamrani Z. Certifie

avoir reçu M^{lle} SKALI Saida -

300 dh - Consultation spécialisée + Ecg

900 dh - ECH Doppler Cœur

Dr LAMRANI Zineb
CARDIOLOGUE

Centre MIARAG, Angle Anoual /
Abdelmoumen - Casablanca
Tél: 06.61.17.30.19 - 05.22.36.59.60

Motif : DOULEURS THORACIQUES ATYPIQUES. HTA grade 1. Rétrécissement aortique moyennement serré.

Age : 76 ans Poids : 54 kg - Taille : 153 cm - SC : 1.5 - FC : 72b/min TA = 129 / 76 mmHg IMC = 23

CAVITES GAUCHES

SIVd=13mm PPd=13mm VGd=49mm VGs=32mm masse=160g/m2

- Hypertrophie concentrique du ventricule gauche.
- Bonne cinétique segmentaire.
- Fonction VG normale: FE BIPLAN = 67%
- oreillette gauche non dilatée vide d'écho : 25 ml/m2.

CAVITES DROITES/ VEINE CAVE

- Ventricule droit non dilaté.
- Anneau tricuspide de longueur normale
- Fonction VD : onde S à l anneau = 11cm/s ; DVD= mm
- Oreillette droite non dilatée
- Veine cave inférieure non dilatée : 12 mm et collapsus < 50 % : POD = 5 mmHg

PERICARDE Pas d'épanchement péricardique

ORIFICE AORTIQUE

- Sinus= 29mm Aorte : 35 mm CC : 18 mm
- Valve tricuspide, très remaniée en bout de valves avec un anneau fibreux, calcifié sur la valve postérieure.
- Chambre de chasse : ITVCC : 26 cm -Vmax = 1.4 m/s -Gradient moyen = 4 mmHg
- RAC : ITV Ao : 53cm - Vmax : 2.7m/s - gradient moyen : 16 mmHg
- Surface aortique planimétrée : 0.8 cm/m2
- VES: l/min

ORIFICE MITRAL

- E= 0.8m/s A=1m/s E/A=0.8 TD= 167ms Am=ms Ap= ms
- fuite mitrale centrale grade 2,
- ITV mitrale : 158 cm

ORIFICE PULMONAIRE

- Valve normale. Temps= 132ms
- ITV = 21cm PAPs= 31 mmHG

ORIFICE TRICUSPIDE

- valve normale.
- Fuite tricuspide : 2.3 m/s PAP= 29mmHG

AU TOTAL :

Double valvulopathie à type de rétrécissement aortique my serré, surface à 0.8 cm, gradient moyen 16 mmHg

et d'une fuite mitrale modérée.

Hypertrophie concentrique du Ventricule gauche.

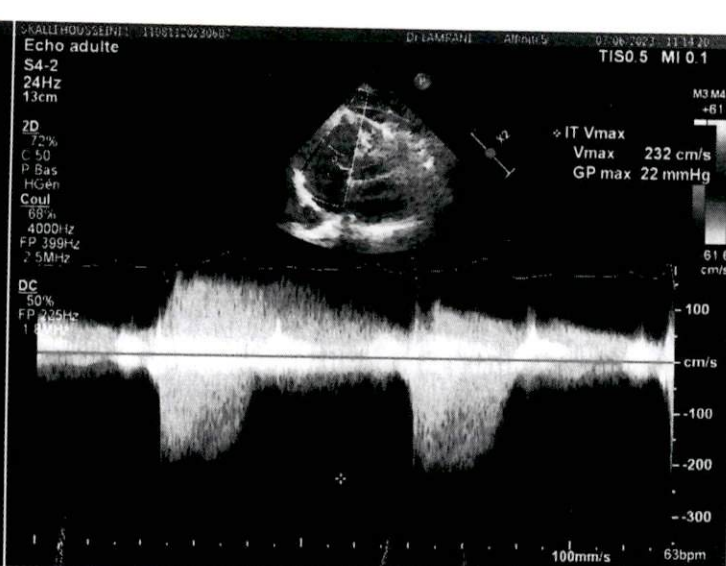
Fonction systolique conservée FE : 67 %. Bonne cinétique segmentaire.

Dysfonction diastolique grade 2.

Pressions pulmonaires normales. Pressions de remplissage basses.

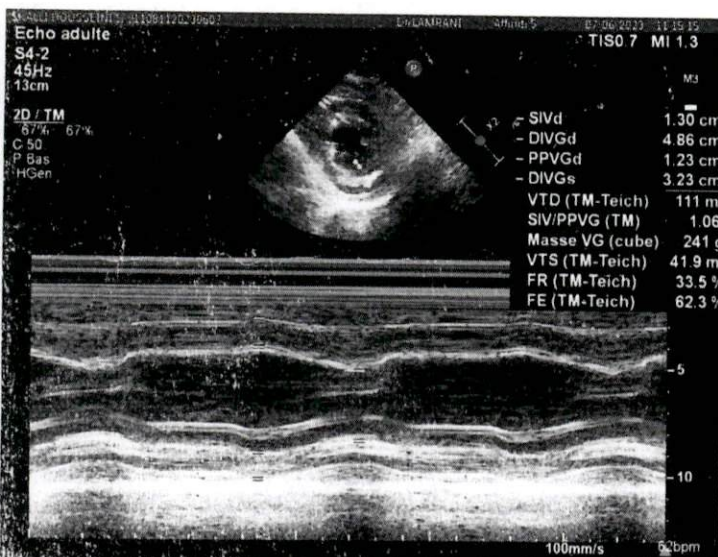
A compléter par une épreuve d'effort. Sensibilisation à l importance des symptômes

Bilan annuel au minimum.



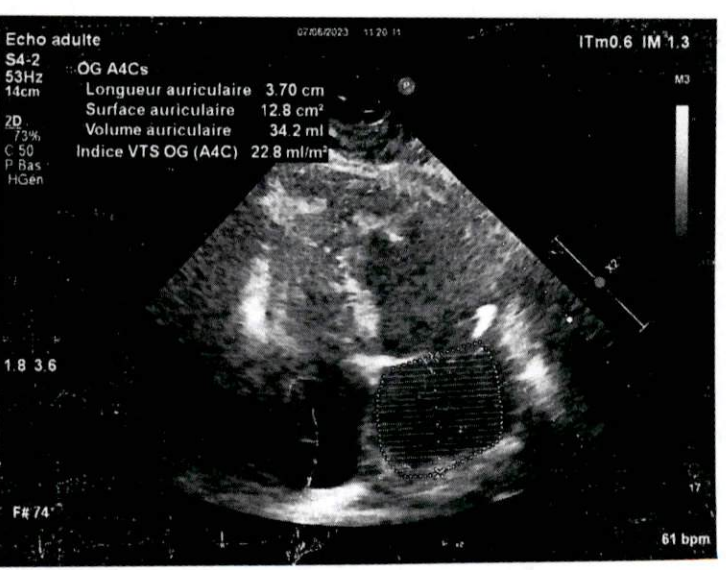
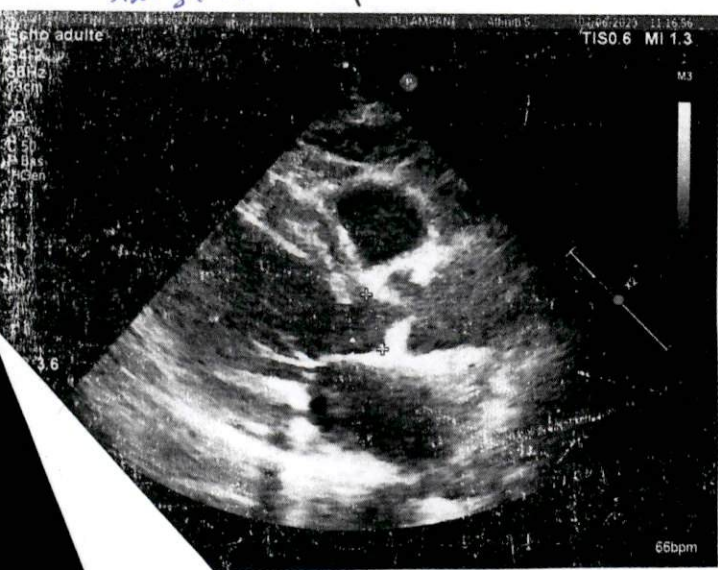
- Aorte Abdominale = 31mm.
- Racine = 30mm.

IT = 2.3
PAP = 22 + 5 = 27 mmHg.



SV = 13 - 45 - 13.
Maxe = 241
Ser 120 g/m?
pour aort =

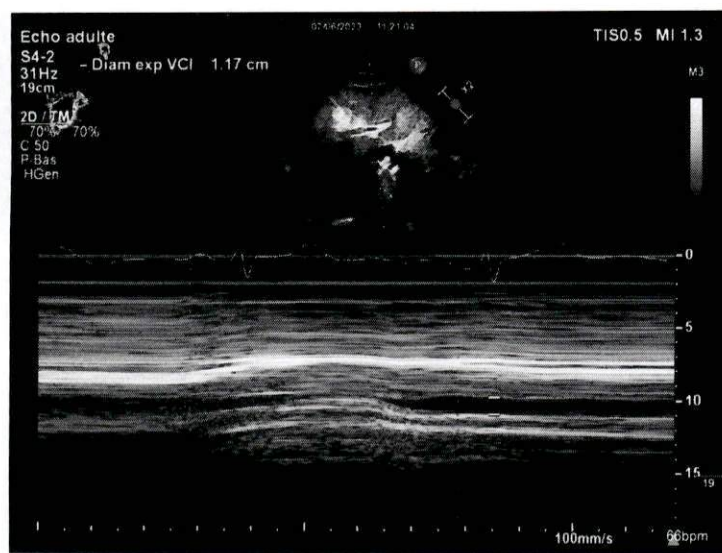
SV = 13 / 47 / 11.
Bidi.



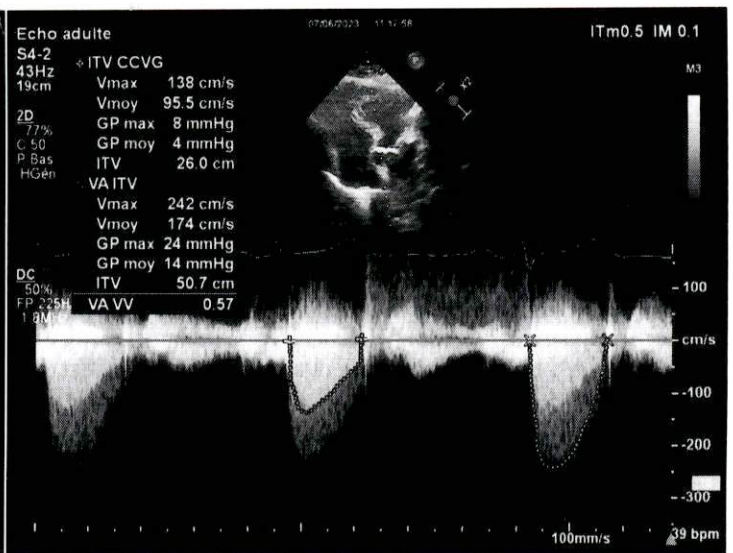
ec = 17 mm.

OG = 23 mm².

FE = 63%.



$$V_{ci} = 12 \text{ cm/s}$$



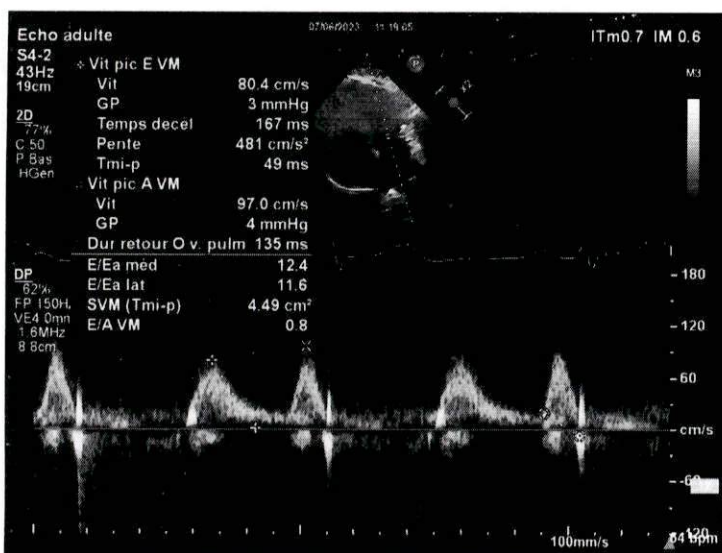
index

$$ITV_{ss} = 26$$

$$ITV_{Ao} = 51 \quad V_{max} = 2.4$$

$$pression \text{ moy} = 24 \text{ mmHg}$$

Interte Aortic Phase 1



$$E = 0.8$$

$$A = 1$$

$$E/A = 0.8$$

$$e'_{1u} = 2$$

$$e'_{1l} = 7$$

absence de colapso de la valve Aortique.

En bords de valve

[E] on ne conclut pas.