

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 - 5ème 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° P19- 057085

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1868 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL OUIJANI MAJAT

Date de naissance : 05/03/1959

Adresse : Résidence el wahda BD Mohamed 5 Berrechid

Tél. : 0651408540 Total des frais engagés : 2640,8 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : EL OUIJANI MAJAT Age : 64 ans

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
10/08/23	CST+EC		250,00	Dr. KHADRE MOHAMMED FOUAD Cardiologue Interventuel 11 Bd Med V 1 Etage Bureau N°1 BERRECHID Tél: 05 22 32 83 03 / 05 22 32 83 33

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Kadi L. Zine 022.53.46.05 06200091	10-08-23	1670,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. KHADRE MOHAMMED FOUAD Cardiologue Interventuel 11 Bd Med V 1 Etage Bureau N°1 BERRECHID Tél: 05 22 32 83 03 / 05 22 32 83 33	10/08/23	CST	750,00

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 :

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															
				Coefficient DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
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>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
			MONTANTS DES SOINS															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS															
		DATE DE L'EXECUTION																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD

Cardiologue Interventionnel

Cardiologue

Lauréat de la faculté de médecine de Casablanca

Ancien Médecin à l'hôpital Cheikh Khatifa de Casablanca

Ancien Médecin praticien à Klinikum Lüdenscheid Allemagne

Diplômé en Echocardiographie Doppler de l'université Bordeaux II

د. خضر محمد فؤاد

أخص القلب والتدخل

أخصائي أمراض القلب والأوعية الدموية

دريج كلية الطب بالأكاديمية الطبية

طبيب شيفر بمستشفى الشيخ خليفة بالبحر الأبيض

طبيب شيفر بمستشفى جودشفايد بألمانيا

حاصل على شهادة الفحص بالصدك من جامعة بورجو بفرنسا

Ordonnance

Berrechid, le :
BERRECHID LE 10 août 2023

Mme EL OUJANI NAJAT

REGIME PAUVRE EN SEL

CO-VARTEX 160/25 MG

1 Cp/J matin à jeun

BIPROL 10 MG

1 Cp/J à midi

KARDEGIC 160MG

1 Cp/J à midi

NOLIP 10MG

1Cp/J le soir

INESO 20MG

1gel/J le soir

CALCINIB 5 MG

1 Cp/J le soir

Traitement pendant : 3 Mois

LOT: M1032
PER: 04/2023
PPU: 139,00 DH

Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD
Cardiologue Interventionnel
CARDIOLOGUE
11 Bd Med V / 1^{er} Etage Bureau
Tel: 05 22 32 83 03 / 06

LOT: M0960
PER: 02/2023
PPU: 139,00DH

6 118000 072010
30 comprimés pelliculés
NOLIP® 10 mg

04/45V

04/45V

6 118000 072010
30 comprimés pelliculés
NOLIP® 10 mg

6 118001 200825
30 Comprimés pelliculés
BIPROL® 10 mg

6 118001 200825
30 comprimés pelliculés
BIPROL® 10 mg

04/45V

04/45V

LOT: 103
PER: 02/2025
PPV: 49,00DH

6 118000 023050
28 comprimés pelliculés
Laboratoires SOTHEMA
N° AMM 81/16 DMP/21/NNP
Co-VarTex® 160 mg/25 mg

6 118000 023050
28 comprimés pelliculés
Laboratoires SOTHEMA
N° AMM 81/16 DMP/21/NNP
Co-VarTex® 160 mg/25 mg

6 118000 023050
28 comprimés pelliculés
Laboratoires SOTHEMA
N° AMM 81/16 DMP/21/NNP
Co-VarTex® 160 mg/25 mg

6 118000 050506
28 comprimés
CALCINIB 5 mg

6 118000 050506
28 comprimés
CALCINIB 5 mg

6 118000 050506
28 comprimés
CALCINIB 5 mg

03,80V

03,80V

180,30

6 118001 081189
P.P.V.: 35DH70
SACHETS B30
KARDEGIC 160MG

LOT: 22E010

6 118001 081189
P.P.V.: 35DH70
SACHETS B30
KARDEGIC 160MG

LOT: 23E002

LOT: 102
PER: SEP 2025
PPV: 49 DH 40

28 Com

28 Comprimés

LOT: 103
PER: DEC 2025
PPV: 49 DH 40

6 118001 081189
P.P.V.: 35DH70
SACHETS B30
KARDEGIC 160MG

LOT: 22E010
PER: 05 2024

28 Com

LOT: 104
PER: DEC 2025
PPV: 49 DH 40

Cabinet de cardiologie

DR KHADRE Mohamed Fouad

Berrechid, le 10/08/23

Note d'honoraires

Nous exprimons nos sincères salutations à

Mr/Mme EL Oujani. Nagat

lui adresse, selon l'usage, sa note d'honoraires

CS + CCA = 250,00 dh + Ctx = 750,00 dh
= 1000,00 dh

Faisant la somme de

Mille dh.

Cachet et signature

Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD
Cardiologue Interventionnel
CARDIOLOGUE
11 Bd Med V 1 Etage Bureau N°1 BERRECHID
Tél: 05 22 32 83 03 / 05 22 32 83 33



Information patient

Nom : EL OUJANI

PRENOM : NAJAT

DATE : 10/08/2023

MEDECIN TRAITANT : DR.M.F. KHADRE

COMPTE RENDU D'ECHOCARDIOGRAPHIE

- VG non dilaté, siège d'une HVG concentrique (SIV/PP=12/12mm), de bonne contractilité globale et segmentaire, FEVG à 67%.
- Profil mitral type anomalie de relaxation E / A =0.87, PRVG basses E / e'=6.93.
- Massif auriculaire : OG non dilatée libre d'échos. (SOG à 21cm²)
: OD non dilatée libre d'échos. (SOD à 14cm²)
- Valve mitrale, IM modérée, pas de RM.
- Valve aortique, sans fuite, ni sténose.
- Cavités droites non dilatées, Bonne fonction systolique du VD.
- IT minime estimant la PAPS à 24+5=29mmHg.
- VCI à 13mm non dilatée, compliant.
- Péricarde sec.

Conclusion :

Aspect de cardiopathie hypertensive, FEVG à 67%.

IM minime.

Pas d'HTP.

Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD
Cardiologue Interventionnel
11 Bd Mohamed V - Etage Bureau
Tél: 05 22 32 83 03 / 05 22 32 83 33
Signature: DR. M.F. KHADRE

el oujani najat

N° patient

Date de naissance 05/03/1959 (64 Y.)

Sexe féminin

ECG de repos Évaluation du jeu. 10/08/2023 20:37

Données examen

QRS (ms)	
P (ms)	
PQ (ms)	
QT (ms)	
QTc B. (ms)	
QTc disp. (ms)	
Axe QRS	
FC	
RR moy (ms)	

Rapport non confirmé

Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD
Cardiologue Interventionnel
CARDIOLOGUE
11 Bd Med V 1 Bld Bureau N°1 BERRECHID
Tél: 05 22 32 82 03 / 05 22 32 82 20

ECG analysé FC: 76

(25 mm/s 10 mm/mV 0.05Hz - 125Hz / 50Hz true wave®)

