

## 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0019171

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 428 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BABA Mohamed  
Date de naissance : 15.11.44  
Adresse : Hay onfa Rue 12 N° 6  
Tél : 06 74 55 85 66 Total des frais engagés : 950,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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

Signature de l'adhérent(e) :

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.




### 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
28/02/23	CS	CPA	3000 H	
30/8/2023	CS + ELN		2600 H	

### 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
	30/08/2023	Echographie Cardiaque	610 dh

### AUXILIAIRES MEDICAUX

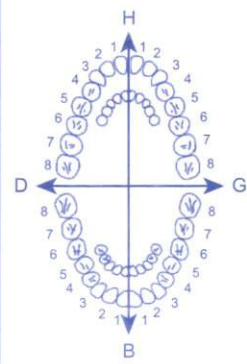
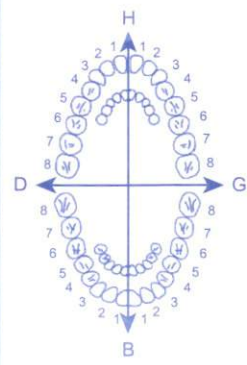
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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> 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"/>
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



المعهد المغربي لأمراض وجراحة القلب  
Moroccan Heart Institute

780, Impasse MODIBO KEITA - Casablanca 20520  
Tél.: 05 22 85 00 11 / 12 / 13 - Fax : 05 22 83 85 00  
ICE : 001859090000033 - Patente : 34753457 - I.F : 14421718 - CNSS : 9697866

le 30/8/23

M RABA Mohamed.

370,00

Rexabau 20 →

370,00

1 - 0 - 0

370,00

370,00

Suliat 160/10/21 →

1 - 0 - 0

370,00

370,00

M de Zmeris.



Dr. MALLEM Henza  
Cardiologue  
tel. 06 61 83 37 45

Moroccan Heart Institute  
Dr D RAGAGI



ORDONNANCE

CASA le 18/08/2013

Dr BASSA Mohamed.

Cher confrère,

Nous te brayons toutes nos félicitations

pour la prise en charge de notre patient BASSA

Mohamed.

Dr. BEN MALLEM Kenza  
Cardiologue  
Tél: 06 61 83 37 45

Moroccan Heart Institute  
Dr D RAHAGIE

Dr. LAHRAÏI Mehdi  
Médical Director  
Tél: 06 61 83 37 45



**FACTURE N°00086/2023**

LE 30/08/2023

BABA MOHAMED

DESCRIPTION	QUANTITÉ	PRIX UNITAIRE	PART MEDCIN	PART CLINIQUE
CONSULTATION +ECG	1	250,00	200	50
ECHOGRAPHIE CARDIAQUE	1	650,00	300	350
		<b>TOTAL</b>	<b>900DH</b>	



Moroccan heart institute  
Dr D RAGRAGUI

Dr. BEN MALLEH KENZ  
Cardiologue  
Tél: 06 61 83 37 45

**Moroccan Heart Institute** 780, Impasse MODIBO KEITA - Casablanca 20520

Tél.: 05 22 85 00 11 / 12 / 13 - Fax : 05 22 83 85 00 - ICE : 001859090000033 - Patente : 34753457 - I.F : 14421718 - CNSS : 9697866

# CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

## F A C T U R E

N° : 22198 / 2023 du 28/08/2023

Nom patient **BABA MOHAMED**  
**PAYANT**

Entrée 28/08/2023  
Sortie 28/08/2023

CPA

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	1,00		150,00	150,00
			Sous-Total	150,00
Total Clinique				150,00

DR. LAHBABI MEHDI (anesthésiste)	1,00		150,00	150,00
			Sous-Total	150,00
Total Autres prestations				150,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300,00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

Dr. LAHBABI Mehdi

الدكتور المكي محمد

CLINIQUE AL MADINA  
532 Bd Panoramique CASABLANCA  
Tél: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)  
Fax: 05 22 25 00 01

MME BABA MED

30/08/2023

## COMPTE RENDU D'ECHOCARDIOGRAPHIE

### MESURES TM:

SIV: 7mm, PP: 9mm, DTDVG: 43 mm

MESURES 2D : Aorte ascendante : 30 mm, SOG=13cm<sup>2</sup> , SOD=11cm<sup>2</sup>

### MESURES DOPPLER :

Aorte: ITV ao: 27, ITV ssao: 21, Gmoy: 3mmhg

### COMMENTAIRES :

- VG non dilaté, non hypertrophié ; de contractilité globale et segmentaire conservée, FEVG à 55%
- Profil mitral type anomalie de relaxation ( $E/A=0.7$ ). Pressions de remplissage basses  $e/e'=6$
- OG non dilatée, libre d'échos.
- Sigmoides aortiques fines, pas de fuite, sans sténose.
- Valves mitrales peu remaniée, fuite minime , sans sténose.
- Cavités droites non dilatées. Bonne fonction longitudinale du VD ( TAPSE=24mm),
- IT minime estimant les PAPS à  $19+5=23$ mmHg
- VCI non dilatée à 10mm compliante.
- Péricarde sec
- Aorte ascendante non dilatée .
- Endoprothèse de l'aorte abdominale en place sans fuite paraprothétique visible.

### CONCLUSION :

- Fonction systolique du VG conservée, FEVG=55%
- Pressions de remplissage basses.
- IM minime
- Bon VD
- Pas d'HTP.
- Endoprothèse de l'aorte abdominale en place sans fuite paraprothétique visible.





Aug-30-2023 8:59 PM

ID:baba

Name:mohamed

Sex:Male

Birth Date:

Years

cm kg mmHg  
Vent rate 64 bpm  
PR int 240 ms  
QRS dur 90 ms  
QT/QTc int 372/ 382 ms  
P/QRS/T axis 66/ 35/ 57  
RV5/SV1 amp 1.525/ 0.570 mV  
RV5+SV1 amp 2.095 mV

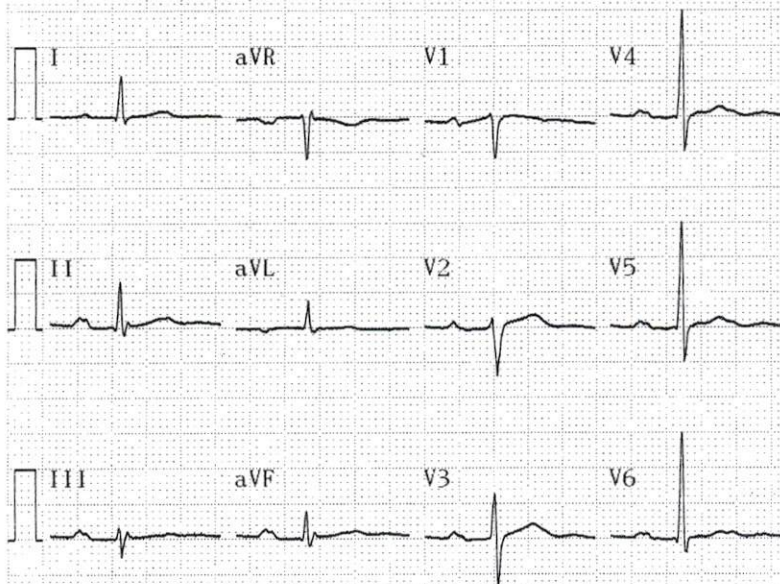
1100 Sinus rhythm

2231 First degree AV block

4068 Nonspecific Twave abnormality

9150 \*\* abnormal ECG \*\*

10 mm/mV 25 mm/s Average



Unconfirmed Report

Reviewed by:

Exam:



ID:baba

Name:mohamed

Aug-30-2023 8:59 PM

Sex:Male

Birth Date:

Years

Medication:

cm

kg

mmHg

64 bpm

10 mm/mV 25 mm/s Filter: H50 d 100 Hz

10 mm/mV

I

V1

II

V2

III

V3

aVR

V4

aVL

V5

aVF

V6



