

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- 0018612

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3691

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SALHI Naima

Date de naissance : 06-11-1957

Adresse :

Tél. : 061 3678463

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 02/02/2024

Nom et prénom du malade : SALHI NAIMA

Age : 66 ans

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
02/02/20	C+R+V		300 DH	Docteur Mouad CRIQUECH Cardiologue 262 Bd Yaacoub El Mansour Casablanca Tél : 05 22 24 09 10 GSM : 06 62 80 19 75 Docteur Mouad CRIQUECH
02/02/20	Rusodoppler		800 DH	
	ECG			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Al-Khalid 262 Bd Yaacoub El Mansour Casablanca Tél : 05 22 24 09 10 GSM : 06 62 80 19 75	02/02/20	320,70

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 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
B																									
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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

Docteur Mouad CRIQUECH

Spécialiste
Maladies du cœur et des vaisseaux



الدكتور معاد كريش
اختصاصي
في أمراض القلب و الشرايين

Casablanca le : 02/02/2024

Mme SALHI NAIMA

Pharmacie AL MAWLID
et Abou Hassan Saghir
Angle Rue Ibnou Kattir
Madin Etimoun Casa - Tél : 0522 23 17 06

traitement de 3 mois

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

LOT: 215
PER: MAR 2026
PPV: 41 DH 90

28 Compr

LOT: 214
PER: FEV 2026
PPV: 41 DH 90

DIX 6.25MG

61,90x3

LOT: 220
PER: JUN 2026
PPV: 41 DH 90

2 - MEDZAR 50MG

65,00x3

1-0-0

320,00

65,00

MEDZAR 50 mg
ميدزار 50 ملغ
Lusuran

65,00

65,00



NOTE D'HONORAIRES

02/02/2024

SALHI NAIMA

Acte	Honoraire
CONSULTATION+ECG	300,00
ECHO DOPPLER COEUR	800,00
TOTAL	1 100,00

Somme arrêtée à : un mille cent dirhams

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

Compte Rendu d'échocardiographie doppler

Nom, Prénoms : Mme SALHI NAIMA

Date : 02/02/2024

Age : 67 an(s)

Valve Mitrale :

Epaisseur :	Calcifications :	ASV :
Mobilité :	Remaniement :	Score de Wilkins :
Gradient OG-VG moy :	Gradient OG-VG max :	
Surface Aortique : - planimétrie	<u>- Doppler</u>	
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 : 37 mm	VGS : 20 mm	FR : 46	FE : 78
PPD : 10 mm	PPS : 16 mm		
SIVD : 08 mm	SIVS : 15 mm		

Ventricule Droit :

DTD : 34 mm

Oreillette Gauche : 31 mm

Aorte : 36 mm

R :

Flux mitral :

TD : 223 m/s	TRIV :	
EV max : 0.56 m/s	AV max : 0.72 m/s	E/A : 0.78

Péricarde :

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

CONCLUSION :

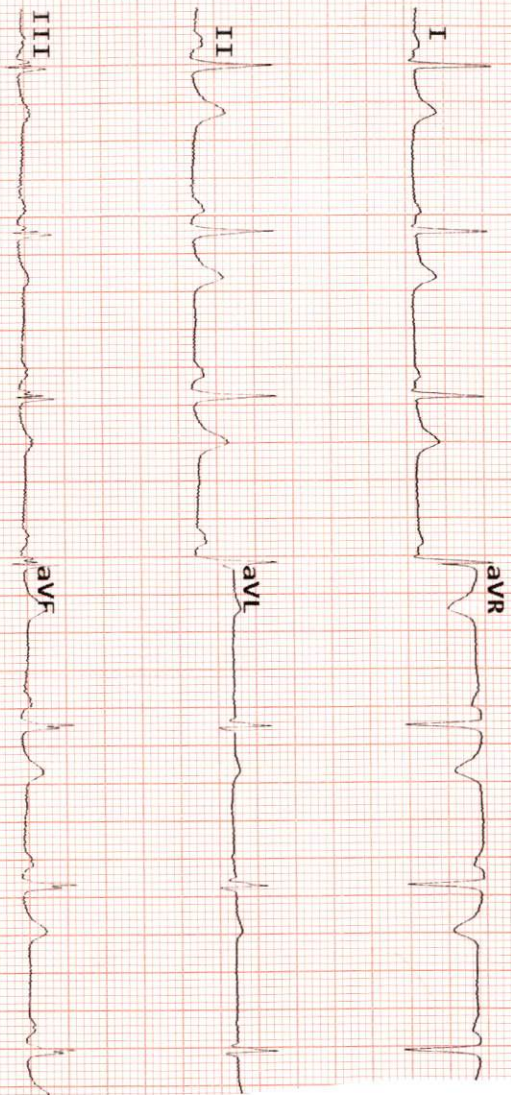
CARDIOMYOPATHIE HYPERTENSIVE
VG DE TAILLE ET DE FONCTION SYSTOLIQUE NORMALE
CINETIQUE SEGMENTAIRE DU VG NORMALE AU REPOS
TROUBLE DE LA RELAXATION DU VG
PERICARDE SEC

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

mm/mV

10mm/mV

02-08-24



Speed: 25mm/s CE AC:50Hz Filter:ASD D 85Hz Print Mode:Real-T

10mm/mV

10mm/mV



ime SOMO VT307.007

Docteur Mouad CRIQUECH

Cabinet de Consultation et d'explorations
Cardiovasculaires



Électrocardiogramme

Nom :SALHI.....

Prénom :NAÏNA.....

Date :02/02/24.....