

## 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-421019

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2459 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : Eloujani Mohamed

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Fouad BENNANI**  
CARDIOLOGUE  
136, Imme. Faraj Rte. Bouskoura Skel Maarouf II  
Tél. 06 22 56 30 13 - Casablanca  
GSM 06 61 15 98 81

Date de consultation : 21 OCT 2019

Nom et prénom du malade : Eloujani Mohamed Age : .....

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

Nature de la maladie : 197A

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) : .....



# 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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

INP : 091019115

**Dr. Fouad BENNANI**  
CARDIOLOGUE  
190, Imm. Faouzi, Bouskoura Sidi Maarouf III  
Tél : 05 22 58 30 15 - Casablanca  
GSM : 06 51 15 98 81

# 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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# 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

INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		H
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
		B

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Fouad Bennani**

**CARDIOLOGUE**

Maladies du cœur et des vaisseaux  
Spécialiste de la Faculté de Médecine de Rouen  
Explorations Cardio-Vasculaires  
Echocardiographie-Holter  
Epreuves d'Effort  
C.E.S Médecine du Sport

Expert Assermenté au près des Tribunaux



**الدكتور فؤاد بناني**

اختصاصي في أمراض القلب  
خريج كلية الطب بفرنسا  
فحص القلب و الشرايين  
الطب الرياضي

خبير محلف لدى المحاكم

Casablanca, le

21.10.19

M. El oujani Mohamed



611800103056 9  
**EXFORGE**  
5mg/160mg  
28 comprimés pelliculés  
PPV : 361,00 DH

00722



Exforge 160/5mg

181,

matin

Perdre et  
181,

PHARMACIE DE LA BÉCQUERELLE  
Route 1029 Sidi Maârouf Lot N° 7  
Tél : 0522 97 32 23 - Fax : 0522 97 57 46

**Dr. Fouad BENNANI**

**CARDIOLOGUE**

136, Imm. FARAJ Rte. Bouskoura Sidi Maârouf II  
Tél 05 22 58 30 15 - Casablanca  
GSM 06 61 15 98 81

Durée du traitement :  
à revoir après

Emm

إقامة فرج 136، طريق بوسكورة سيدي معروف III - الدار البيضاء

CABINET : 136, Immeuble FARAJ, Route Bouskoura - Sidi Maârouf III - Tél : 05 22 58 30 15 - Gsm : 06 61 15 98 81



Casablanca, le : 21 /10 //2019

**COMPTE RENDU D'ÉCHOCARDIOGRAPHIE DOPPLER COULEUR**

**EL OUJANI MOHAMED**

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

**HTA SEVERE**

**COMPTE RENDU :**

- *Ventricule gauche : de taille normale. DTD= 52 mm DTS= 38 mm  
FR= 26 %*
- *Cinétique segmentaire et globale du VG est homogène ( FE estimée à 52 %).*
- *Hypertrophie concentrique modérée des parois du Ventricule gauche.*
- *Septum interV= 12/15 mm Paroi Post = 12/15 mm .*
- *Oreillette gauche dilatée. S.OG= 21 CM2 libre de thrombus par voie trans-thoracique .*
- *Valves mitrales souples d'ouverture normale , et appareil sous valvulaire non calcifié.*
- *Sigmoïdes aortiques souples, de cinétique et d'ouverture normales, absence d'insuffisance aortique au doppler couleur et pas de rétrécissement aortique.*
- *La racine de l'aorte ascendante non dilatée.*
- *Flux tricuspide normal.*
- *Les dimensions des cavités cardiaques droites sont normales, avec une fonction VD conservée. TAPSE= 25 mm.*
- *Les valves pulmonaires ont une écho-structure normale.*
- *Le péricarde est sec et fin .*

**CONCLUSION : CARDIOPATHIE HYPERTROPHIQUE MODEREE D'ORIGINE HYPERTENSIVE.**

- **LES CAVITES CARDIAQUES SONT DE TAILLE NORMALES.**
- **LA FONCTION SYSTOLIQUE GLOBALE DU VG EST PRESERVEE.**
- **LES PRESSIONS DE REMPLISSAGE DU VG SONT NORMALES.**
- **LA FONCTION SYSTOLIQUE GLOBALE DU VD EST CORRECTE .**

**Dr. Fouad BENNANI**  
**CARDIOLOGUE**  
136, Imm. Faouzi Rie. Rouskoura Sidi Maarouf III  
Tél 05 22 58 30 15 - Casablanca  
GSM 06 61 15 98 81

**Dr. F.BENNANI**

**Docteur Fouad Bennani**

**CARDIOLOGUE**

**136 ,Im.Faraj ,Rte Bouskoura**

**Sidi Maarouf III . CASA**

**05 .22.58.30.13/15**

**ICE : 001868613000059**

**Casa le 21/10/2019**

**NOTE D'HONORAIRES N° :0322**

Je soussignée, **Dr. FOUAD BENNANI**, Médecin cardiologue, certifié

Avoir reçu de MR EL OUJANI MOHAMED

La somme de MILLE CENT DIRHAMS pour

CONSULTATION+ECG=300.00 DHS


ECHODOPPLER CARDIAQUE = 800.00 DHS

SOIT UN TOTAL DE 1100.00 DIRHAMS

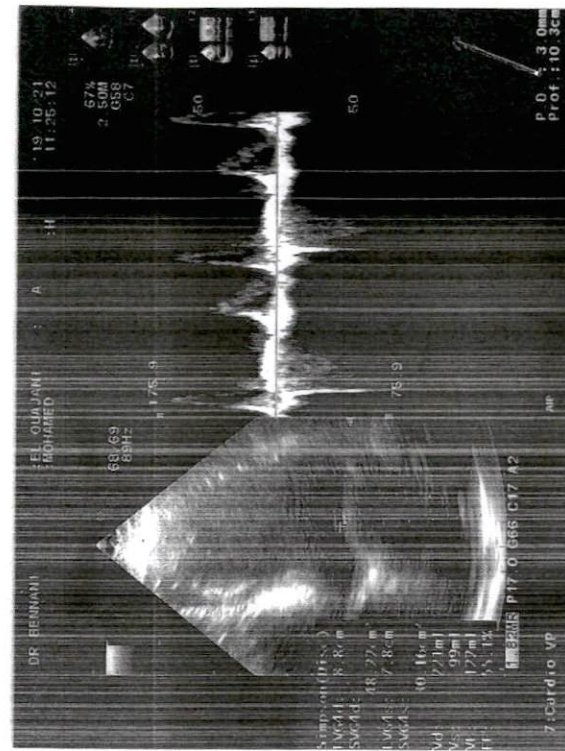
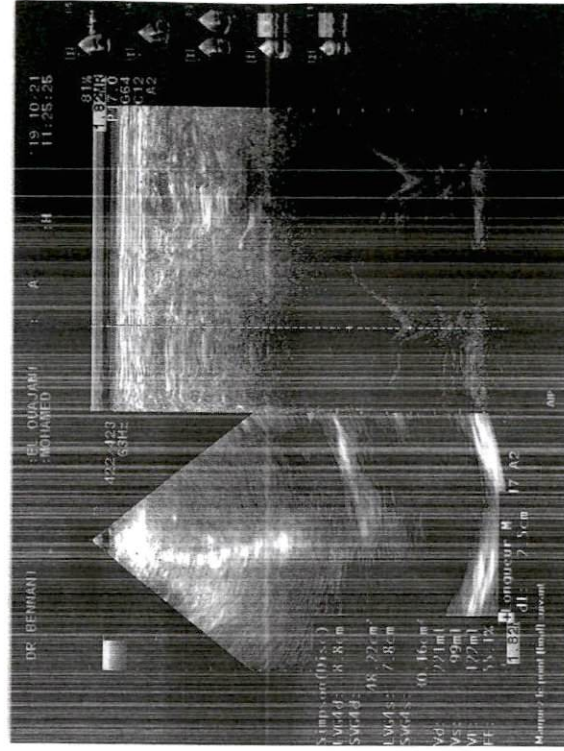
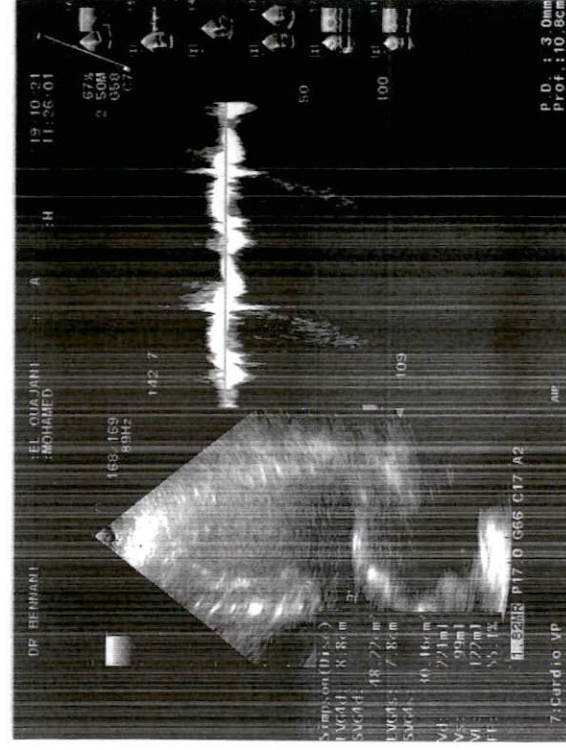
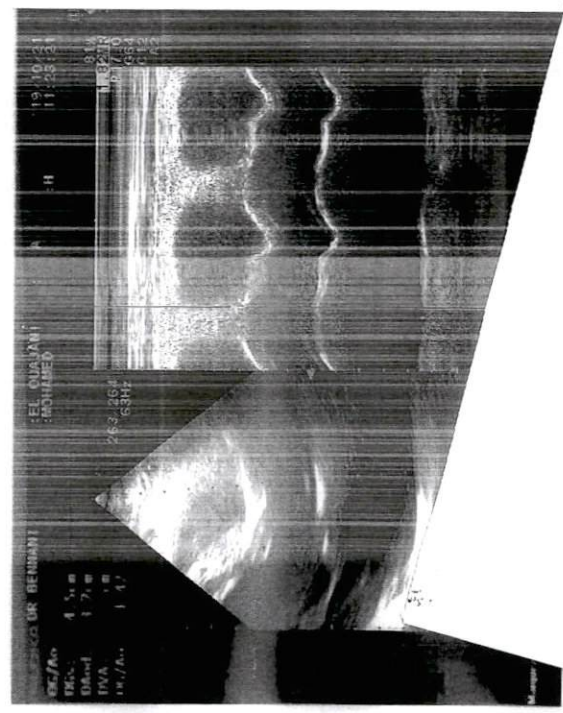
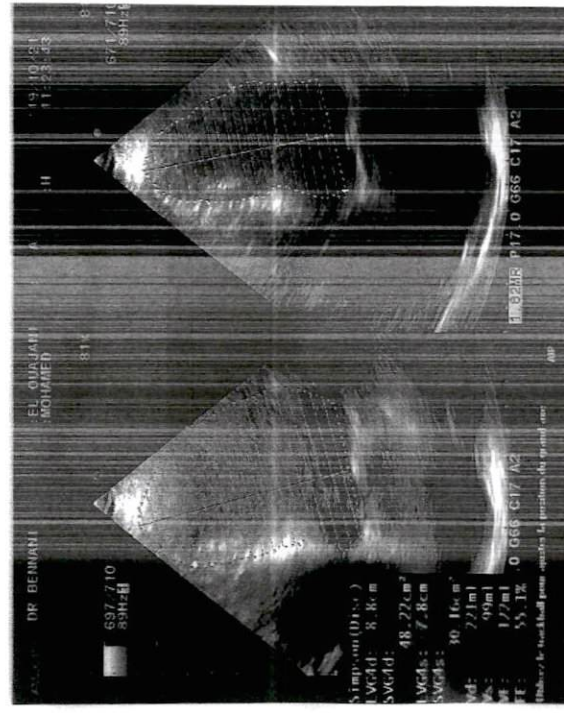
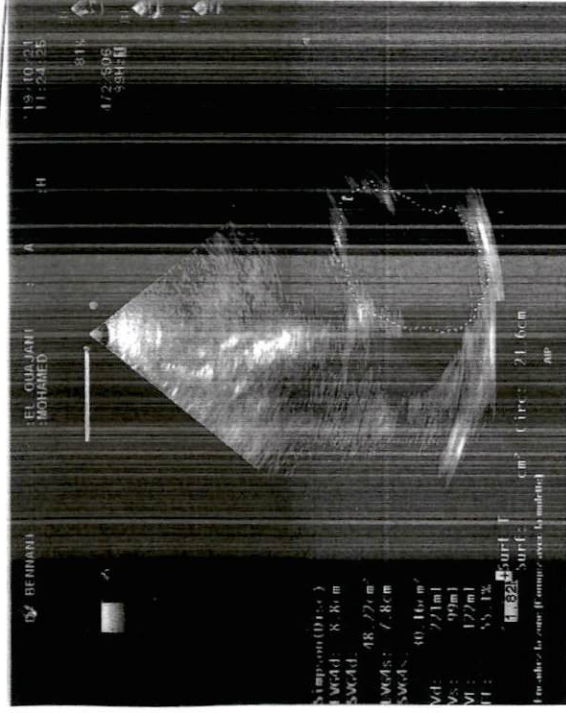
**Dr. FOUAD BENNANI**

**Cardiologue**

**Dr. Fouad BENNANI**  
**CARDIOLOGUE**  
136, Im. Faraj Rte. Bouskoura Sidi Maarouf III  
Tél 05 22.58.30 15 - Casablanca  
GSM 06 61 15 98 81





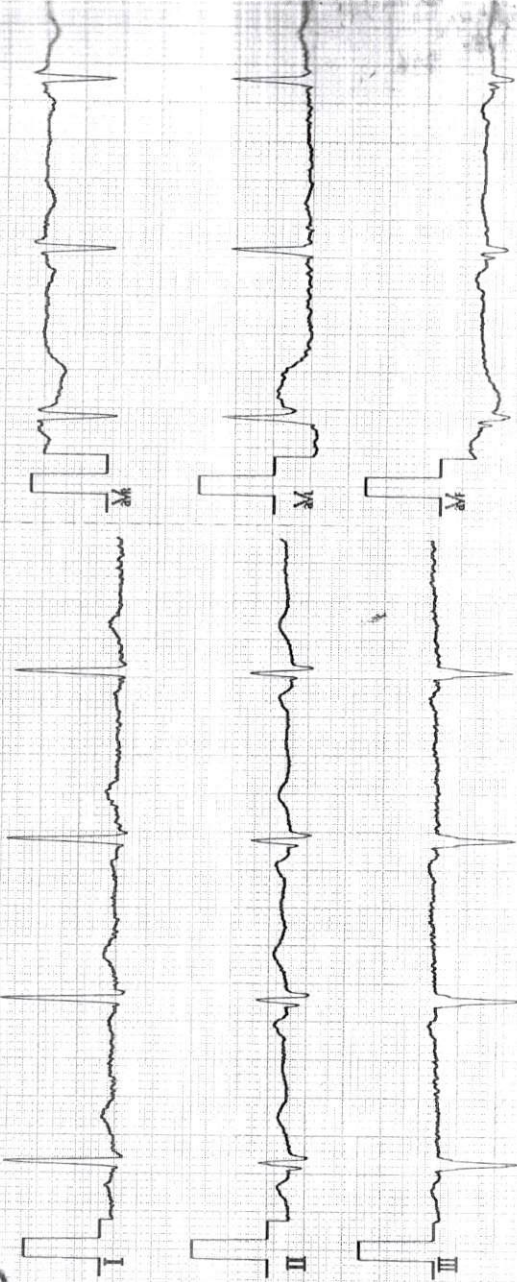




CH = OK

19/10/21 10:23 1.6s FC=69  
35/50Hz 10mm/mV 25mm/s

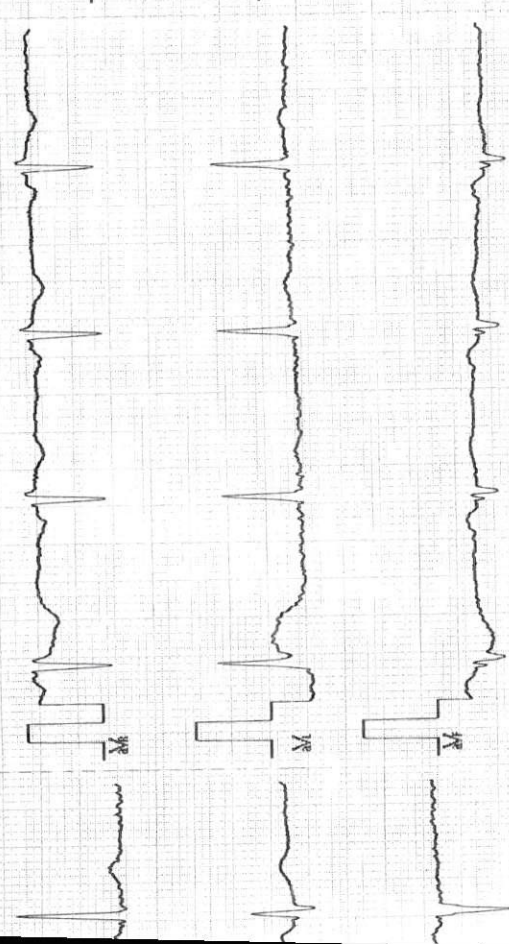
19/10/21 10:23 1.6s FC=69  
35/50Hz 10mm/mV 25mm/s



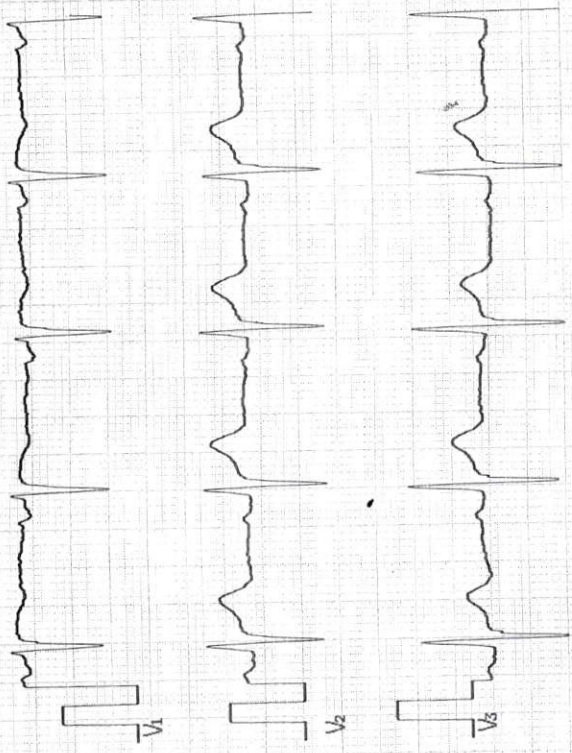
**Dr. Fouad BENNANI**  
CARDIOLOGUE

136, Immeuble Faïd, Bouskoura Sidi M'harouf III  
Tél. 05 22 58 30 15 - Casablanca  
GSM 06 61 15 98 81

19/10/21 10:23 1.6s FC=67  
35/50Hz 10mm/mV 25mm/s



19/10/21 10:23 1.6s FC=72  
35/50Hz 10mm/mV 25mm/s



19/10/21 10:23 1.6s FC=67  
35/50Hz 10mm/mV 25mm/s

