

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.



161105
Déclaration de Maladie : N° P19-0006824

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

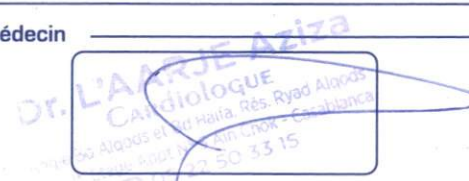
☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7122 Société : R A M
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ALZENNOURI Ahmed Date de naissance : 20/12/1955
Adresse : Bouskoura golf club villa verte Im 32 Ap 6
Tél. : 0669774633 Total des frais engagés : 1600, / Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/05/2023
Nom et prénom du malade : Ahmed Alzennouri Age : 67
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : AVC ischémique - CNO - CNO
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

Le : 12/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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

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
12/05/2009			cat. 1 général	Dr. L. LAARJE AZI CARDIOLOGUE Rue de l'Alpe 10, 54000 Nancy Tél. 03 83 33 50 33

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	12/08/2008	E 94 E 95A0	1600 DH

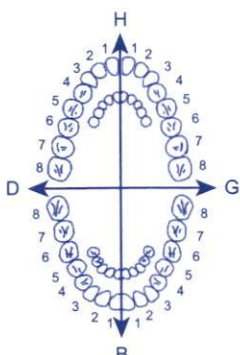
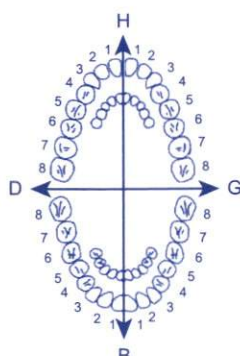
[illegible]

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 <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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			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																	
	(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

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	
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

A dental arch diagram showing the upper and lower dental arches. The teeth are numbered 1 through 8 on both the left and right sides of each arch. Directional arrows are present: 'H' at the top, 'B' at the bottom, 'D' on the left, and 'G' on the right.

D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

- ♥ Diplômée de la faculté de médecine de Casablanca
- ♥ Diplômée en échographie cardiaque et vasculaire de l'université de Bordeaux
- ♥ Ancien interne du CHU Ibn Rochd Casablanca
- ♥ Ancien interne du CHU de Limoges France
- ♥ Praticien hospitalier de l'hôpital universitaire Cheikh Khalifa Bin Zayed Casablanca

- ♥ خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
- ♥ دبلوم في الفحص بالصدى للقلب والشرابين بجامعة بوردو
- ♥ داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء
- ♥ داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي ليموج بفرنسا
- ♥ أخصائية بالمستشفى الجامعي الشيخ خليفة بن زايد بالدار البيضاء

Ordonnance

Fait le : 12/05/2023

Nom et Prénom: Alzemmouri H. d.

68 ans.

FCV - BDTa @ 19A @, 96 @

AFCO, AON @ my - en nPL

a nB y - en 3AFL

a Sténose aortique -

10 y 2 cm

① - le code du

suivi

Co E T S A o a



Casablanca Le : 17 / 05 / 2023

➤ DR : LAARJE AZIZA

➤ ICE : 003009192000083

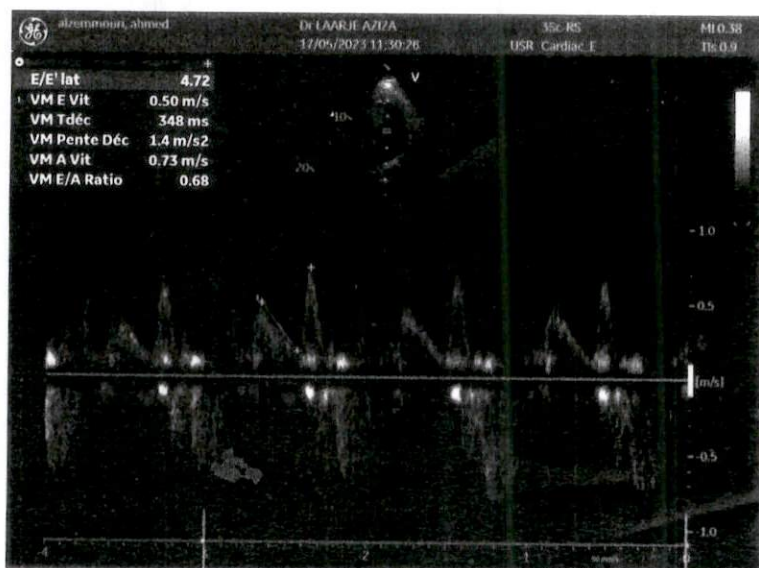
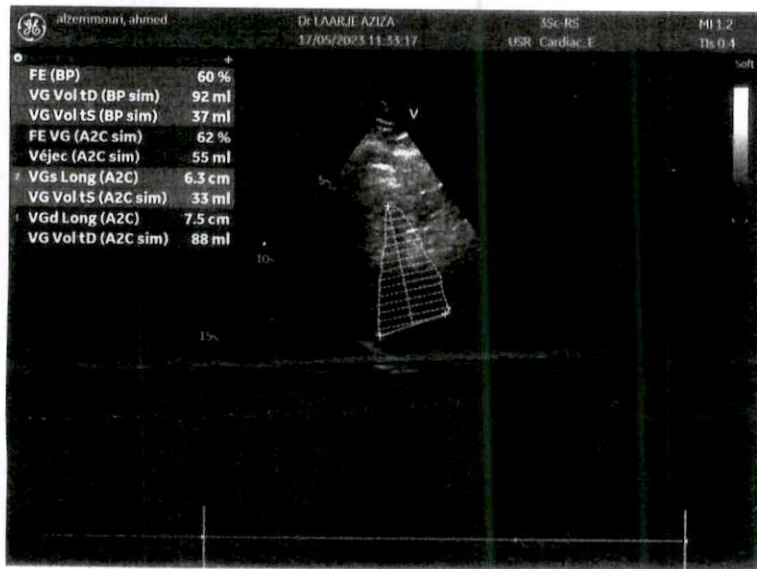
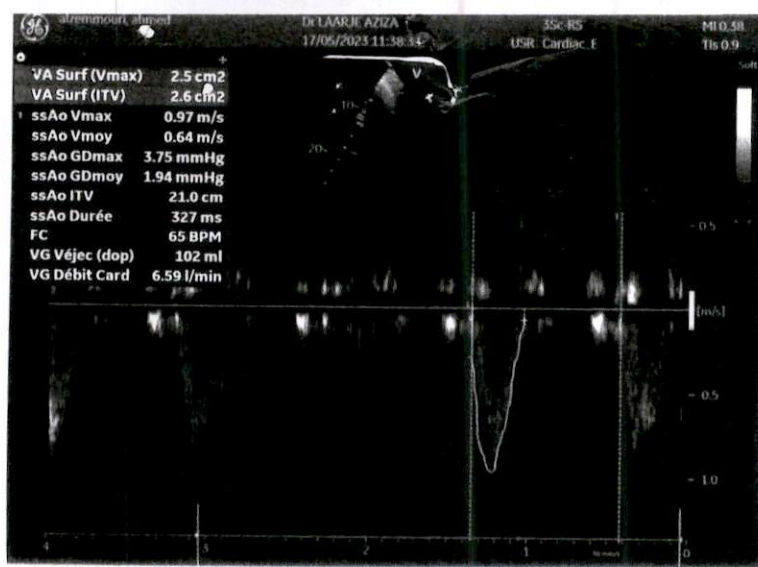
• FACTURE N°176 / 2023

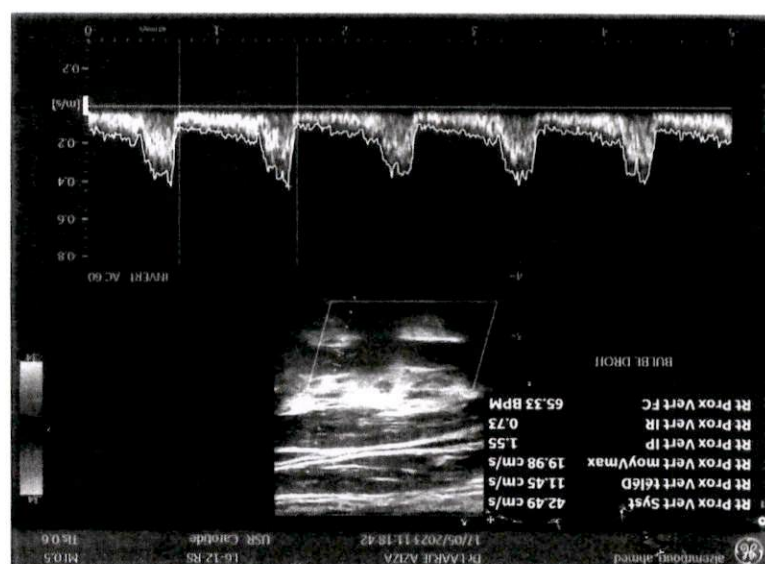
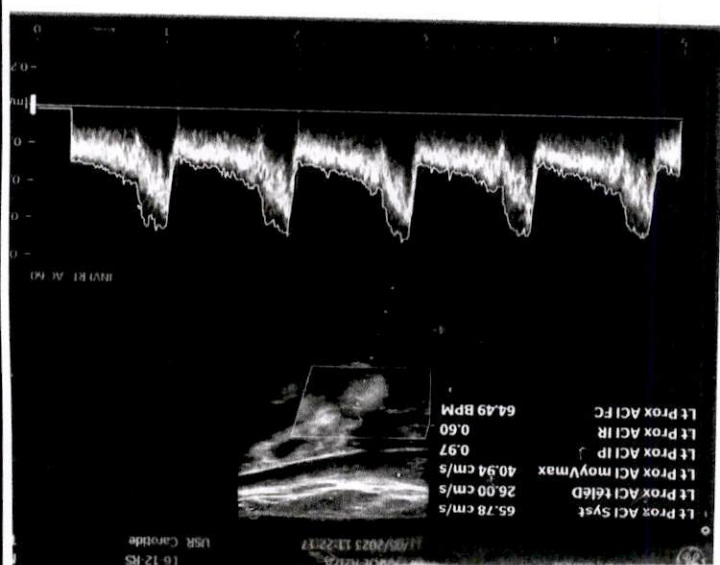
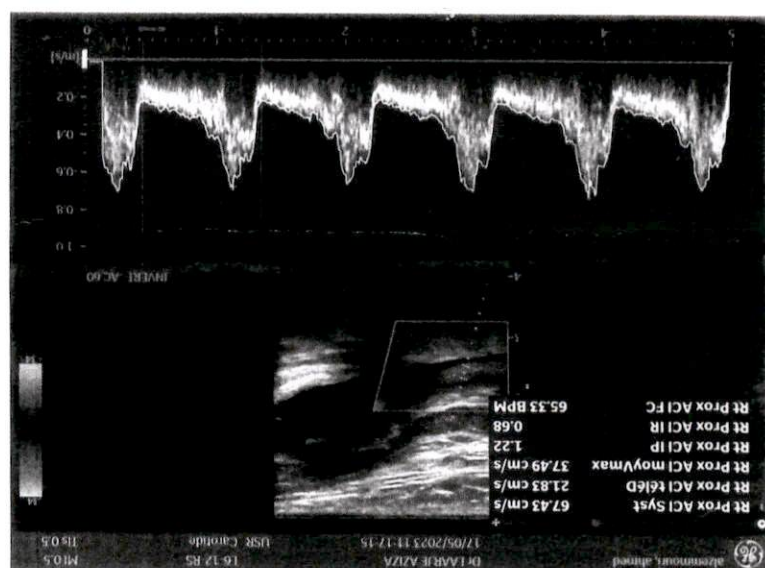
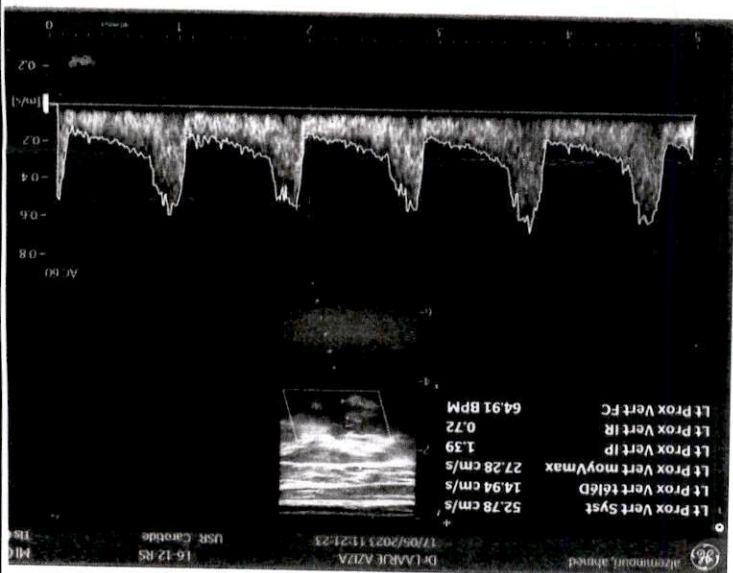
• Mr : ALZEMMOURI AHMED

Désignation	MONTANT
ETT/ETSA0	1600.00DH
TOTAL	1600.00DH

Arrêtée la présente facture a la somme de : MILLE SIX CENTS DIRHAM.

Dr. LAARJE
Cadiol
Angle Bd Ahouda el 80
GH2, 1^{er} Etage
05 31 21 11 11





COMPTE RENDU D'ECHOCARDIOGRAPHIE

NOM ET PRENOM : AI ZEMMOURI AHMED

CASABLANCA, le : 17/05/2023

INDICATION : Evaluation cardiaque chez un patient de 67 ans à très haut risque CVx ayant un ATCD de CMI sur HTA sévère et AVC ischémique avec AOMI.

- VG non dilaté, hypertrophié (SIV à 12 mm, PP à 12 mm), de bonne contractilité globale et segmentaire avec bonne fonction systolique globale du VG soit une FEVG (SB) à 60 %. Qc à 7 l/min.
- Profil mitral type anomalie de relaxation E/A à 0.7.
- **PRVG non élevées E/E' à 4**
- **Oreillette gauche modérément dilatée à 23 cm², Oreillette droite non dilatée à 18 cm², libres d'écho à l'ETT.**
- Valve mitrale peu épaissie, **insuffisance mitrale minime**, pas de sténose.
- Valve aortique épaissie et calcifiée, pas de fuite aortique ni de rétrécissement.
- VD non dilaté, de bonne fonction systolique longitudinale (TAPSE à 22 mm, S'VD à 11 cm/s).
- IT minime estimant la PAPS à 24 + POD à 29 mmHg.
- VCI non dilatée à 10 mm et COMPLIANTE.
- Péricarde libre.
- Aorte athéromateuse, non dilatée dans les portions explorées.

Conclusion :

Aspect de cardiopathie hypertensive avec bonne fonction systolique du VG soit une FEVG à 70 % et normalisation de la fonction diastolique du VG.

OG peu dilaté. PRVG non élevées.

Sclérose aortique sans valvulopathie significative. IM minime.

Bon VD, pas d'HTP

COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE DES TRONCS SUPRA-AORTIQUES

NOM ET PRENOM : ALZEMMOURI AHMED

CASABLANCA, le : 17/05/2023

INDICATION : Evaluation carotidienne 1 an post opératoire d'une endartériectomie chez un patient de 67 ans à très haut risque CVx ayant un ATC d'AVC ischémique.

A DROITE :

ACC : artère de bon calibre, à paroi peu épaissie, flux normal, présence d'une plaque ronde modérément calcifiée en distalité de l'ACC mesurant 10/2.6 mm sans retentissement HD significatif.

ACE : artère athéromateuse, sans sténose.

ACI : Artère de bon calibre à paroi peu épaissie, flux normal systolo-diastolique, pas de PA significative, pas de sténose. Bon résultat opératoire.

Art Vert : Visible sur les portions V1 et V2 de bon calibre à paroi normale, flux normal.

A GAUCHE :

ACC : artère de bon calibre, à paroi peu épaissie, flux normal, pas de PA significative, pas de sténose.

ACE : Normale.

ACI : Artère de bon calibre à paroi peu épaissie, flux normal systolo-diastolique à vitesses correctes, surcharge athéromateuse bulbaire de sans retentissement HD significatif.

Art Vert : Visible sur les portions V1 et V2 de bon calibre à paroi normale flux normal, vertébrale dominante.

Conclusion :

Epaississement intima-média diffus et homogène,

Infiltration athéromateuse bulbaire gauche sans retentissement.

Bon résultat opératoire sur la carotide interne droite.

Dr A. LAARJE