

## 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.



195563  
Déclaration de Maladie : N° S19-0000021

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12356 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom ZENJUT LOUBMA Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. 0661 9 67 96 Total des frais engagés : 1549,50 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation 20/12/2023  
Nom et prénom du malade Me ZENJUT LOUBMA Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affection  
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 : Casa Le : 19/12/2023  
Signature de l'adhérent(e) : ZENJUT LOUBMA

### Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



# 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
20.12.23	G3	300	1000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE H2O	20.12.23	249,5

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

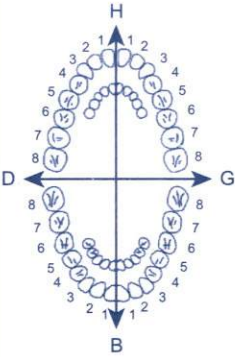
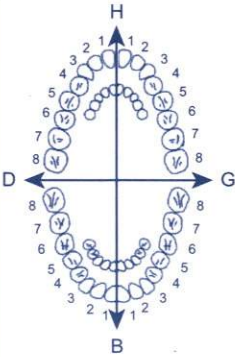
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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>H</td> <td>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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

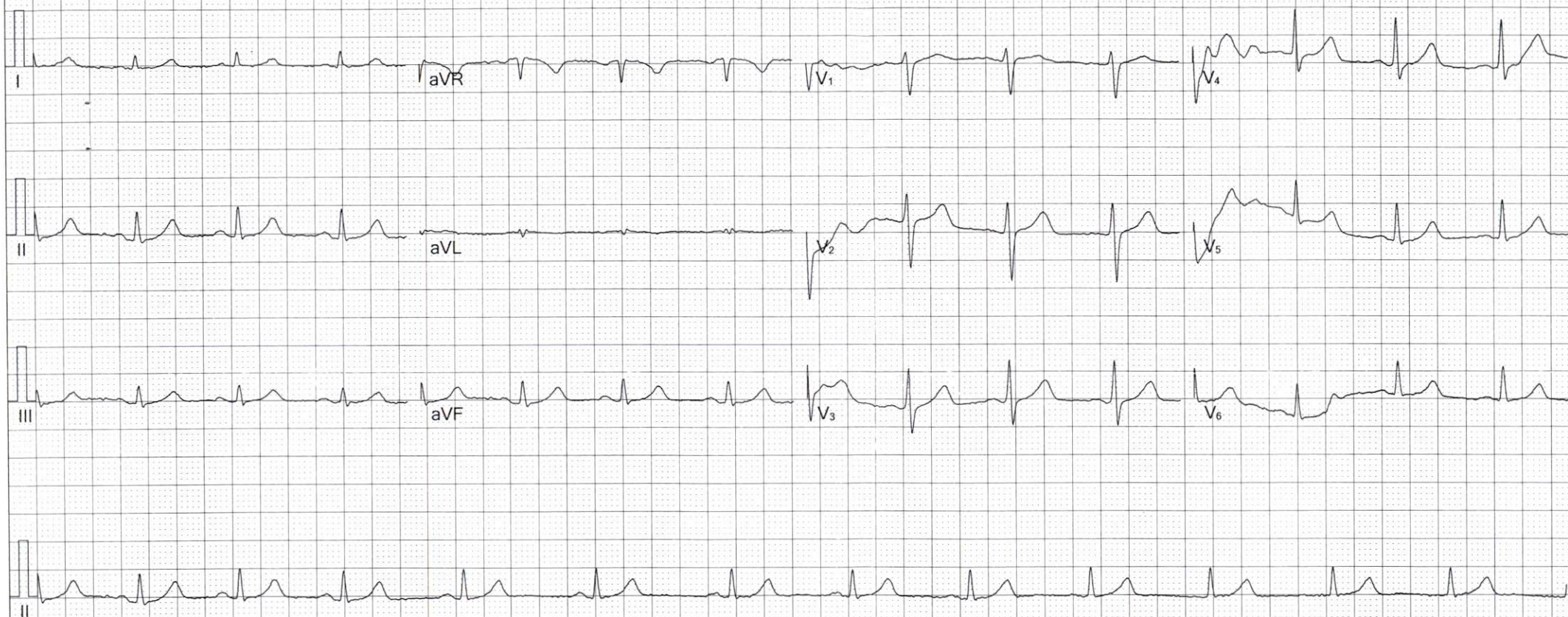
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



10mm/mV 25mm/s

Filtre Principal:On Filtre ADS:On



Fréquence :	1000 Hz	Interval.QT :	378 ms
Durée ECG :	18 s	Interval.QTc :	411 ms
FC :	71 bpm	Axe P :	-18.3°
Durée P :	78 ms	Axe QRS :	59.6°
Durée QRS :	78 ms	Axe T :	63.4°
Durée T :	270 ms	RV5/SV1:	0.67/0.62mV
Interval.PQ :	111 ms	RV5+SV1:	1.29mV

TA = 112/75  
P = 57 kg.

Suggestion :

Dr. EL MAKHLOUF Ali  
Professeur Agrégé Cardiologie  
Signature Médecin  
5, Rue Med. Abdoun - Casa  
Tél: 05 22 29 81 55 / 59 - 05 22 47 26 89

PPV : 51,40 DH  
LOT : 653015  
PER : 06/25

**Docteur ALI EL MAKHLOUF**  
PROFESSEUR AGREGÉ  
CABINET D'EXPLORATION CARDIOVASCULAIRE  
ADULTE ET PEDIATRIQUE

Lot :  
A consommer avant le :  
PPC: 84.50 DH

5 RUE MOHAMED ABDOU RESIDENCE LE PARC APPT N°2

CASABLANCA  
Tél : 0522298155/59  
Email : elmakhlouf@gmail.com

A CASABLANCA Le 20 décembre 2023

Mlle ZEDGUI Loubna

NEOVIMAG 300 MG

1 PRISE le matin pendant 15 jours

S.V.

S.V.

**Dr. EL MAKHLOUF Ali**  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med. Abdouh - Casa  
Tél : 05 22 29 81 55 / 59 - 05 22 47 28 89

**Dr. EL MAKHLOUF Ali**  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med. Abdouh - Casa  
Tél : 05 22 29 81 55 / 59 - 05 22 47 28 89

249.50

Docteur ALI EL MAKHLOUF



**Dr. EL MAKHLOUF Ali**  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med. Abdouh - Casa  
Tél : 05 22 29 81 55 / 59 - 05 22 47 28 89

EN CAS D'URGENCE APPELEZ LA CLINIQUE JERRADA  
0522238181  
DR EL MAKHLOUF 0661131483

**PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF**  
**Cardiologie adulte et pédiatrique**  
**Explorations Cardio-vasculaires**

---

**5, rue Mohamed Abdou CASABLANCA**

**Tél. : 0522.29.81.55 / 59 ou 0522.47.26.89**

**Fax : 0522.22.62.97**

**GSM cabinet : 06 78 18 18 16**

**CASABLANCA Le mercredi 20 décembre 2023**

**Mme ZEDGUI Loubna**

CONSULTATION..... 300.00DHS  
ECHO CARDIAQUE ..... 1 000,00DHS

Arrêtez la présente facture à la somme de 1.300,00DHS

**Dr. EL MAKHLOUF A.**  
**Professeur Agrégé Cardiologie**  
**5, Rue Med. Abdouh - Casa**  
**Tél: 05 22 29 81 55 / 59 - 05 22 47 26 89**

EN CAS D'URGENCE APPELEZ LA CLINIQUE JERRADA  
0522238181  
DR EL MAKHLOUF 0661131483



**CASABLANCA, LE 20/12/2023**

**Mme ZEDGUI LOUBNA**

**ECHO DOPPLER CARDIAQUE**

Dim.vgtd= 51.9  
Dim.vgts= 31.1  
Ep.ppvgt= 7.68  
Siv td= 7.68  
Dim.racine ao= 33  
Dim.og.= 32  
Ouv.sigm.ao= 19

**Commentaires:**

Oreillette gauche normale.  
Oreillette droite normale  
Ventricule gauche de taille normale  
Fonction ventriculaire gauche normale

**Mitrale:**

Insuffisance mitrale minime  
Le rapport E/A > 1 m/s avec l'onde E = 0.80m/s.

**Aorte:**

Micro fuite aortique  
La Vmax = 1.05m/s.

**Tricuspide:**

Insuffisance tricuspide grade 1  
La pression artérielle pulmonaire systolique calculée à partir  
de l'IT est à 30 mmHg.

**Conclusion:**

**Insuffisance mitrale minime**  
**Micro fuite aortique**  
**Oreillette gauche normale.**  
**Oreillette droite normale**  
**Ventricule gauche de taille normale**  
**Fonction ventriculaire gauche normale**  
**Pression artérielle pulmonaire normale**

**Dr. EL MAKHLOUF Ali**  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med. Abdouh - Casa  
Tél: 05 22 29 51 55 / 59 - 05 22 47 26 89

**N B : j'ai conseillé à MME ZEDGUI, en cas de soins dentaires, de prendre AMOXIL 3g per os 1heure avant les soins (sauf allergie).**

ZEDGUI Loubna 39686

Dr El Makhlouf

EPIQ CVx

20/12/2023 08:40:46

Cardio Adult

ITm0.6 IM 1.2

X5-1

66Hz

15cm



2D / TM

71% 65%

C 50

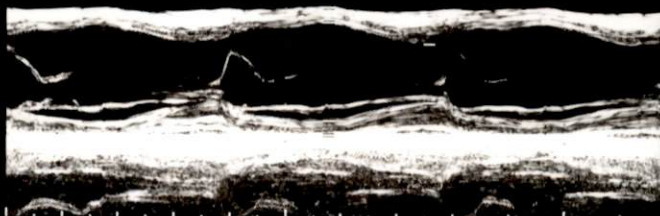
P Bas

HGen

M3

- SIVd 0.768 cm  
 - DIVGd 5.19 cm  
 - PPVGd 0.768 cm  
 - DIVGs 3.11 cm

VTD (TM-Teich) 129 ml  
 SIV/PPVG (TM) 1.00  
 FR (TM-Teich) 40.1 %  
 VTS (TM-Teich) 38.2 ml  
 FE (TM-Teich) 70.4 %



100mm/s

75bpm

ZEDGUI Loubna 39686

Dr El Makhlouf

EPIQ CVx

20/12/2023 08:40:28

Cardio Adult

ITm0.6 IM 1.2

X5-1

66Hz

15cm



2D / TM

71% 65%

C 50

P Bas

HGen

M3

- Diam racine Ao 3.3 cm  
 - Ség sigm VA 1.9 cm  
 - Dimens OG 3.2 cm  
 OG/Ao (TM) 0.970



100mm/s

70bpm

