

# 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.

## Biologie 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.

## Prothèse :

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

Déclaration : contact@mupras.com  
Mise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

N° P19- 0044643

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7090 Société : RAT 87541

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HAQUIQUI Aicha Ep. Aïda

Date de naissance : 1950

Adresse :

Tél. : 0662475965 Total des frais engagés : 100 DH,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL MAKHLOUF Ali  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med. Abdouh - Casa  
Tél. 05 22 20 45 45 - 05 22 22 78 18

Date de consultation : 14/10/2021

Nom et prénom du malade : EL HAQUIQUI Aicha Ep. Aïda

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

Nature de la maladie : Dyspnée, Vertiges

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 : 14/10/21

Signature de l'adhérent(e) :

*Aïda*



# 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
15-10-2021	c3-106		300 ✓	
	echo-cœur		900 ✓	
	echo-cervical		900 ✓	

# 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 Praticien      Date des Soins      Nombre      Montant détaillé des Honoraires

AM      PC      IM      IV

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

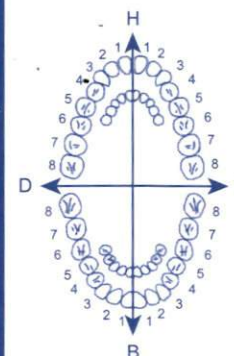
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

# 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

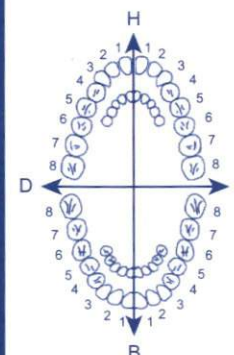
H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**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

Casablanca, Le 15/10/2021

ELHAQUIGUE  
MME EL HAKIKI EP MIFDAL Aicha

**ECHO DOPPLER CERVICAL**

**Epaisseur intima média:: Augmentée**

**Indice de résistance artériel**

Droit et gauche: normal

**Carotide primitive**

Droite: épaisseur intima média augmentée

Flux normal

Gauche: épaisseur intima média augmentée

Flux normal

**Carotide externe**

Droite: libre

Gauche: libre

**Carotide interne**

Droite: épaisseur intima média augmentée ; microplaques

Gauche: épaisseur intima média augmentée

**Artère vertébrale droite et gauche**

pas de vol ni de dissection.

**Artère sous clavière**

Droite: libre

Gauche: normale

**Conclusion:**

- les carotides sont libres
- Epaisseur intima média augmentée
- Pas de sténose

Dr. EL MAKHLOUF Ali  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Mohamed Abdou - Casa  
Tél. 0522.29.81.55 / 59 - 0522.47.26.89

**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**

**Casablanca, Le 15/10/2021**

*EL HAQUIQUI*  
**MME EL HAKIKI EP MIFDAL Aicha**

**ECHO DOPPLER CARDIAQUE**

Dim.vgtd= 38.9

Dim.vgts= 22

%racc.= 42.7

Ep.ppvgt= 7.5

Siv td= 7.9

Dim.racine ao= 30

Dim.og.= 34

Ouv.sigm.ao= 20

**Commentaires:**

Oreillette gauche normale.

Oreillette droite normale

Ventricule gauche de taille normale.

Fonction ventriculaire gauche normale.

**Mitrale:**

Petite calcification sur le corps de la grande valve

Insuffisance mitrale minime et centrale

Le rapport E/A > 1 m/s avec l'onde E = 0.77 m/s.

**Aorte:**

Valve épaissie et remaniée

Le gradient maximum est à 7 mmHg

**Tricuspide:**

Insuffisance tricuspidiennne grade 1.

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

**Conclusion:**

Valve épaissie et remaniée

Insuffisance mitrale minime

Oreillette gauche normale.

Oreillette droite normale

Ventricule gauche de taille normale.

Fonction ventriculaire gauche normale.

Pression artérielle pulmonaire normale

**N.B j'ai conseillé à Mme MIFDAL de prendre AMOXIL 3 g per os une heure avant les soins dentaires**

*Dr. EL MAKHLOUF Ali*  
*Professeur Agrégé Cardiologie*  
*5, Rue Med. Abdouh - Casa*  
*Tél: 05 22 28 41 54/59 - 05 22 47 26 89*



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

**5 rue Mohamed Abdou**  
**CASABLANCA**

**Tél. : 05 22 29 81 55/59 ou 05 22 47 26 89**

**Fax : 05 22 22 62 97**

**Dom : 05 22 79 85 32**

**NOTE D'HONORAIRE**

**Mme EL HAKIKI Aicha Ep MIFDAL**

**Le 15.10.2021**

Consultation + ECG.....: 300,00 DHS.

Echodoppler cardiaque.....: 900,00 DHS

Echodoppler cervical.....: 900,00 DHS

**La présente facture est arrêtée à la somme de 2100,00 DHS**

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

# Welch Allyn CardioPerfect

Nom: *EL HAKIKI*  
Numéro: EL HAKIKI EP MIFDAL AICHA  
M ou Mme: Féminin  
né le: 01/01/1950 Age: 71 ar

Enregistré: 15/10/2021 08:05:56  
Enregistré par  
Médecin de référence  
Endroit:  
Commentaire:

P / PQ 90 ms / 130 ms  
QRS dur: 82 ms  
QT / QTc / QTd 402 m / 414 m / -  
P/QRS/T axis: 64° / 34° / 71°  
Rythme cardiaque: 67 bpm

*Be 140/80.*  
*P 60*

