

# 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.

## Médecine 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.

## Éducation :

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 canalaires, 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 canalaires.

## 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

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.

**RAS** : 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

103826

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0012654

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8046

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ROKBI SAÏD

Date de naissance : 05/10/69

Adresse : RIM

Tél. : 06 77 44 580

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr. **ABDELLAH ALLAL**  
Cardiologue Interventionnelle  
120, Bd. My Idriss 1er, Résidence les Minas  
2ème Etage - CASABLANCA  
Tel: 05 22 20 45 45 - Fax: 05 22 22 78 18  
05 22 20 45 45 - 05 22 22 78 18

Date de consultation : 10/02/2012

Nom et prénom du malade : ADDAKIRI Ep. Rokbi Radida Age:

Lien de parenté : Même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Prothèse mitrale

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) :

### RELEVE 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
10.02.22	Echographie Cardiologie		800,00	Dr. M'hamed El HADJI Cardiologue Interventionnel 129 Bd. My Idriss Ier Résidence My Idriss Zone Etaouïa N° 4 - ASABLANCA 0522 86 20 74 - Fax: 0522 86 20 78 0522 86 20 74 - Fax: 0522 86 20 78
AC				

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACEUTIQUE DR. EL HADJI - CASA 129 Bd. My Idriss Ier Résidence My Idriss Zone Etaouïa N° 4 - ASABLANCA 0522 86 20 74 - Fax: 0522 86 20 78	10/02/22	96.60

### 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	

### RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
DEBUT D'EXECUTION				MONTANTS DES SOINS
FIN D'EXECUTION				COEFFICIENT DES TRAVAUX
DATE DU DEVIS				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

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

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



**Dr Hind EL FILALI ADIB**  
Cardiologue



6 118001 040117  
DIGOXINE 0.25 mg  
(Digoxine),  
30 comprimés

BOTTU S.A. PPV: 25 DH 00

DIGOXINE 0.25mg

anelle  
Bordeaux

### Ordonnance

1ie ADDAKIRI EP ROYRI DACHIDA

58,10

CARDENSIEL 5mg 1/2CPX2/J

1CP/J LE MATIN

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*</p

**Dr Hind EL FILALI ADIB**

Cardiologue

Cardiologue Interventionnelle

Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux

Epreuve d'effort-Echographie cardiaque

Réadaptation cardiaque

**الدكتورة هند الفيلالي أديب**

أخصائية في أمراض القلب والشرايين

**Le 10/02/2022**

دكتورة هند الفيلالي أديب

خريجة كلية الطب ببوردو

فحص القلب بالصدى - اختبار الجهد

إعادة التأهيل القلبي

Date : 10/02/2022

à : Mme ADDAKIRI EP ROKBI RACHIDA

Acte :

**ECHOGRAPHIE CARDIAQUE TRANS-THORACIQUE: 800.000 MAD**

Montant :

**HUIT CENTS DIRHAMS**

**Dr. Hind EL FILALI ADIB**  
 Cardiologue  
 Cardiologue Interventionnelle  
 120, Boulevard Moulay Idriss 1er. Résidence Moulay Idriss  
 Casablanca - Maroc - N° 4 CASA-PAC-NC  
 Tel: 0522 86 20 74 Fax: 0522 86 20 73  
 ICE: 0522 86 20 74 + 270000001

**Docteur Hind EL FILALI**

## Dr Hind EL FILALI ADIB

Cardiologue

Cardiologue Interventionnelle

Diplômée de la Faculté de médecine de Bordeaux

Epreuve d'effort-Echographie cardiaque

Readaptation cardiaque

الدكتورة هند الفيلالي أديب

أخصائية في أمراض القلب والشرايين

أخصائية في قسطرة أمراض القلب والشرايين

خريجة كلية الطب ببوردو

فحص القلب بالصدى - اختبار الجهد

اعادة التأهيل القلبي

10/02/2022

Mme ADDAKIRI RACHIDA

ECHOGRAPHIE CARDIAQUE TRANS-THORACIQUE

- Fraction d'éjection du ventricule gauche normale au Simpson biplan à 65%
- Absence de trouble de la cinétique segmentaire
- Absence d'HVG
- Profil mitral ininterprétable, patiente en fibrillation auriculaire
- Absence de valvulopathie aortique
- ***Prothèse mécanique en position mitrale de bon fonctionnement. Gradient moyen à 7mmHg. Absence de fuite mitrale***
- ***Dilatation de l'oreillette gauche à 40 cm2***
- Cavités droites non dilatées avec bonne fonction VD. Absence d'IT exploitable
- Péricarde sec
- Aorte thoracique de taille normale
- VCI de taille normale et compliant

