

# 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 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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 - 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](http://www.mupras.com)



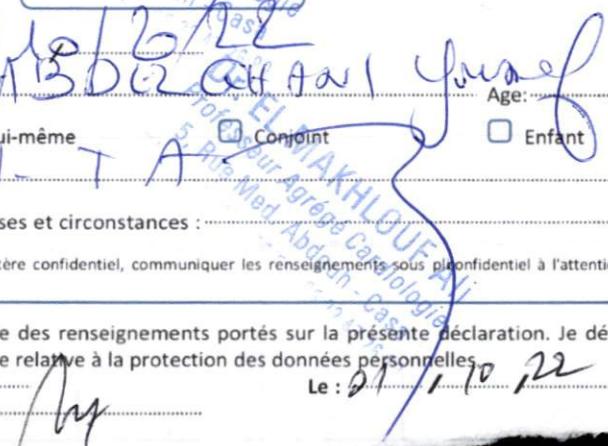
## Déclaration de Maladie

N° W21-681826

131831

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
<b>Cadre réservé à l'adhérent (e)</b>		<input type="checkbox"/> Autres
Matricule : 02094	Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : ABDELGHANI YOUSSEF		
Date de naissance : 2-9-55		
Adresse : LOTIS AL LAIMOUNET Rue 35 NR 13 CASA		
Tél. : 06 1978 8916	Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

<b>Cadre réservé au Médecin</b>	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 01/10/2022	Age:
Nom et prénom du malade : ABDELGHANI YOUSSEF	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	<input type="checkbox"/> Enfant
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 : 01/10/2022
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
01.10.22	ECG	100	100	INP : 091057851 Dr EL MAKHLOUF Ali Cadique

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LAMOUN S.A.R.L.	01/10/22	681.30

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

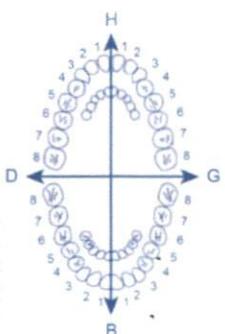
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

#### Important :

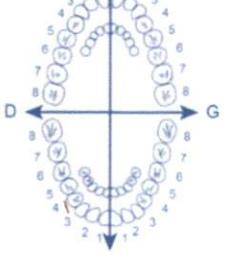
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : _____
				COEFFICIENT DES TRAVAUX _____
				MONTANTS DES SOINS _____
				DEBUT D'EXECUTION _____
				FIN D'EXECUTION _____

### ODF PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	35533411	11433553



#### [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

COEFFICIENT DES TRAVAUX \_\_\_\_\_

MONTANTS DES SOINS \_\_\_\_\_

DATE DU DEVIS \_\_\_\_\_

DATE DE L'EXECUTION \_\_\_\_\_

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

PPV: 49,60 DH  
LOT: 22C01  
EXP: 03/2025

LOT 211759  
EXP 07 2025  
PPV 46,70 DH

5 RUE MOHAMED ABDOU RESIDENCE LE PARC APPT N°2

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

A CASABLANCA Le 01 octobre 2022

**Mr ABDELGHANI Youssef**

46,70

ZYLORIC 100:  
1 CP PAR JOUR SANS ARRET



EXFORGE 5/80  
1 PAR JOUR SANS ARRET



D CURE FORT:  
1 AMPOULE PAR MOIS X 02 MOIS AU TOTAL 02 AMOULES



195,00  
x3

49,60

681,30

Dr. EL MAKHLOUF Ali  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5. Rue Med. Abdouh - Casa  
Casablanca - Tél: 05 22 90 94 94  
RC: 381781 - T2: 36293297 - IF: 24821866

Docteur ALI EL MAKHLOUF



**PHARMACIE LAIMOUN SARL AU**  
466, Lot. Allaymoune Lissasfa  
Casablanca - Tél.: 05 22 90 94 94  
RC: 381781 - T2: 36293297 - IF: 24821866  
www.pharmacie-laimoun.com - 0522298155/59

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

**Docteur ALIEL MAKHLOUF**  
5 RUE MOHAMED ABDOU RESIDENCE LE PARC APPT N°2  
CASABLANCA  
PROFESSEUR AGREGE  
CABINET D EXPLORATION CARDIOVASCULAIRE  
ADULTE ET PEDIATRIQUE

Mr Youssef ABDELGHANI

**CASA 01/10/2022**

**COMPTE RENDU ECHO-COEUR**

DIM.VGTD : 52  
DIM.VGTS : 30.4  
%RACC. : 41.7  
EP.PPVGTD : 9  
SIV TD : 9  
DIM.RACINE AO : 42  
DIM.OG. : 39  
OUV.SIGM.AO : 17

**COMMENTAIRES :**

Oreillette gauche légèrement dilatée à 24 cm<sup>2</sup>  
Fonction ventriculaire gauche normale.  
Ventricule gauche de taille normale.  
Contractilité segmentaire normale.

**MITRALE :**

Micro fuite mitrale.  
Le rapport E/A < 1 m/s avec l'onde E= 0.76 m/s.

**AORTE :**

Pas de sténose ni fuite.  
La Vmax = 1.32m/s.

**TRICUSPIDE :**

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

**CONCLUSION :**

**Micro fuite mitrale.**  
**Oreillette gauche légèrement dilatée à 24 cm<sup>2</sup>**  
**Fonction ventriculaire gauche normale.**  
**Ventricule gauche de taille normale.**  
**Contractilité segmentaire normale.**  
**Pression artérielle pulmonaire normale**

**N.B J'ai conseillé Mr ABDELGHANI de prendre AMOXIL 3 g per os  
une heure avant les soins dentaires**

Dr. EL MAKHLOUF Ali  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5ème Med. Khadouh - Casa

Docteur

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

01/10/2022

NOTE D'HONORAIRE

Mr Youssef ABDELGHANI .

Echodoppler cardiaque.....: 1000,00 DHS

La présente facture est arrêtée à la somme de 1000,00 DHS

Dr. EL MAKHLOUF Ali  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med. Abdouh - Casa