

# 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 rééducation.
- 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 |

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.

M22- 0011315

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	5318	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	133900
Nom & Prénom :		ZHAR RACHIDA	
Date de naissance :		26.8.1962	
Adresse :		26 rue El Fouzat angle Mustapha El Moâmine casablanca	
Tél. :			
Total des frais engagés : ..... Dhs			

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	27.09.2012		
Nom et prénom du malade :	M. e 2 HZR Rachida	Age :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Fatty cardiac		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALC	Pathologie :
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 : 19/10/2012

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
27.09.22	3	300 00	K	3

M. b. R. Eudippe Soot  
naret & son

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie MERCURE Selma TAZI Docteur en Pharmacie 27/09/2022	27/09/2022	524,44 <b>INPE</b> <b>092042365</b>

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

5 RUE MOHAMED ABDOU RESIDENCE LE PARC APPT N°2

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

**CASABLANCA Le 27 septembre 2022**

**MME ZHAR RACHIDA**

( 262, w x<sup>2</sup>)

**CORALAN 5 MG**

1/2 matin et soir sans arret

524 1<sup>er</sup>



**Docteur ALI EL MAKHLOUF**



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

MME RACHIDA ZHAR

### COMPTE RENDU ECHO-COEUR

DIM.VGTD : 47  
DIM.VGTS : 30  
%RACC. : 35  
EP.PPVGTD : 7  
SIV TD : 7  
DIM.RACINE AO : 31  
DIM.OG. : 31  
OUV.SIGM.AO : 22

#### **COMMENTAIRES :**

Dimensions cavitaires gauches et droites normales.  
Fonction ventriculaire gauche normale.  
Ventricule gauche de taille normale.  
Contractilité segmentaire normale.  
Fraction d'éjection Simpson =65%

#### **MITRALE :**

Insuffisance mitrale minime  
Le rapport E/A < 1 m/s avec l'onde E=0.52m/s.

#### **AORTE :**

Pas de sténose ni fuite.  
La Vmax = 1.02m/s.

#### **TRICUSPIDE :**

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

#### **CONCLUSION :**

**Insuffisance mitrale minime**  
**Dimensions cavitaires gauches et droites normales.**  
**Fonction ventriculaire gauche normale.**  
**Ventricule gauche de taille normale.**  
**Contractilité segmentaire normale.**  
**Fraction d'éjection Simpson =65%**  
**Pression artérielle pulmonaire normale**

N.B : J'ai conseillé à Mme ZHAR de prendre AMOXIL 3g per os une  
heure avant les soins dentaires sauf allergie

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

**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 11 octobre 2022**

**Mme RACHIDA ZHAR**

ECHO CARDIAQUE ..... 800,00DHS

Arrêtez la présente facture à la somme de 800.00DHS

Dr. EL MAKHLOUF Ali  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5 Rue Mad Abdou - Casablanca

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