

# 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.

## 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.

**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


M22- 0053128

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12050 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : FILALI ANSARI HAJER  
Date de naissance :  
Adresse : 162122  
Tél. : 0661439393 Total des frais engagés : .....Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Date de consultation : 24 / 03 / 2023  
Nom et prénom du malade : ..... Age : .....  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : MTA  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ 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 : ..... / ..... / .....  
Signature de l'adhérent(e) : .....



# 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
24-03			300 DM	
24-03			800 DM	
24-03				
24-03				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/03/23	36,72

# 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 <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Abdessamad Dahreddine**

**Spécialiste des Maladies du Cœur  
et des Vaisseaux**

- Diplômé en Cardiologie Interventionnelle  
à l'Université Paris XII
- Ancien chef d'Unité  
de Cathétérisme Cardiaque  
à l'Hôpital Avicenne de Rabat



**الدكتور عبد الصمد ظهر الدين**

**أخصائي في أمراض القلب  
والشرايين**

- حائز على دبلوم قسطرة القلب  
والشرايين بجامعة باريس
- رئيس سابق لقسم قسطرة القلب و الشرايين  
بمستشفى ابن سينا بالرباط

Casablanca, le 24/03/2023

*Facture*

*Nom = Lili ansari Hajou*

*- Acte = echo*

*- Total = 8000*

**ABDESSAMAD DAHREDDINE**  
Cardiologue Interventionnel  
Casablanca - GSM: 06 66 54 35 06

**DR .ABDESSAMAD DAHREDDINE**  
**Spécialiste des Maladies du Cœur et**  
**Des Vaisseaux**  
**Diplôme en cardiologie interventionnelle**  
**à l'université paris XII**  
**Ancien chef d'unité de cathétérisme**  
**Cardiaque a l'hôpital Avicenne de rabat**

**الدكتور عبد الصمد ظهر الدين**

أخصائي في أمراض القلب و الشرايين  
حائز على دبلوم قسطرة القلب  
و الشرايين بجامعة باريس  
رئيس سابق لقسم قسطرة القلب و الشرايين  
بمستشفى ابن سينا بالرباط



CASABLANCA : .....  
24.03.2023

**Mme FILALI ANSARI Hajar**

36.70

ANXIOL CP 6MG

1/4 comprimé le soir, pendant 1 mois.

صيدلية الكليات  
PHARMACIE DES FACULTES  
CHIZENE LAHBABI  
Docteur en Pharmacie  
94, Boulevard My Dnes 1<sup>er</sup> - Casablanca  
Tél. 0522 86 23 01 - Fax 0522 86 02 25

DR. A. DAHREDDINE  
GSM: 0666 54 35 06  
Casablanca

1/4 30

رواق عبد المومن 202. شارع عبد المومن رقم 32- الدار البيضاء

الهاتف : 06.66.54.35.06- 0688.16.06.51-05.22.86.04.63 المستعجلات:

Galerie Abdelmoumen 202 bd .Abdelmoumen(Entre Sol n°32)-Casablanca

TEL :05.22.86.04.63 - P : 06.88.16.06.51- Urgence : 06.66.54.35.06

E-mail: dahreddineabdessamad@gmail.com



**DR. ABDESSAMAD DAHREDDINE**

**Spécialiste des Maladies du Cœur et  
Des Vaisseaux  
Diplôme en cardiologie interventionnelle  
à l'université paris XII  
Ancien chef d'unité de cathétérisme  
Cardiaque à l'hôpital Avicenne de rabat**



**الدكتور عبد الصمد ظهر الدين**

**أخصائي في أمراض القلب و الشرايين  
حائز على دبلوم قسطرة القلب  
و الشرايين بجامعة باريس  
رئيس سابق لقسم قسطرة القلب و الشرايين  
بمستشفى ابن سينا بالرباط**

CASABLANCA : 24/03/2023....

**COMPTE RENDU D'ECHOCARDIOGRAPHIE  
TRANSTHORACIQUE**

Nom : FILALI ANSARI  
PRENOM : HAJAR

DTD VG=52.5mm DTS VG=32.6mm F.E=67%  
DTD VD=20.9mm Surface de l'OG =13.8cm<sup>2</sup>  
DTD PP=8.67mm Surface de OD=12cm<sup>2</sup>  
DTD SIV=81.6mm

Diamètre de l'AO initiale =25.8mm

**STRUCTURE ET CINETIQUE VALVULAIRE :**

- Valves mitrales d'echostructure normale.
- Valves aortiques d'echostructure normale avec bonne ouverture intersigmoïdienne

**FONCTIONS DU VENTRICULE GAUCHE :**

- Fonction systolique globale normale.
- Cinétique pariétale : Pas d'anomalie de la contractilité segmentaire du ventricule Gauche
- Pressions de remplissages normales.
- Vd non dilaté de bonne fonction systolique S'VD : 15 cm/s

**DOPPLER COULEUR :**

- Insuffisance mitrale minime.
- Pas d'Insuffisance aortique.
- Insuffisance tricuspïdienne minime.

**DOPPLER PULSE ET CONTINU**

- Vitesse maximale du flux aortique =1.34m/s.
- Vitesse maximale du flux pulmonaire =12m/s.
- Flux d'insuffisance tricuspïdienne a 1.75m/s estimant la PAPS a18 mm Hg

**PERICARDE :**

- Les feuillets péricardiques sont d'écho structure normale.
- Pas d'épanchement péricardique.

**CONCLUSION**

- Ventricule gauche de taille normale avec bonne fonction systolique segmentaire et globale.
- Insuffisance mitrale minime.
- Pas d'hypertension artérielle pulmonaire.
- Pas d'épanchement péricardique.

Casablanca - 06.66.54.35.06  
Dr. A. DAHREDDINE

رواق عبد المومن 202. شارع عبد المومن رقم 32- الدار البيضاء

الهاتف : 06.66.54.35.06 - 0688.16.06.51-05.22.86.04.63 المستعجلات: 06.66.54.35.06

Galerie Abdelmoumen 202 bd. Abdelmoumen (Entre Sol n°32)-Casablanca

TEL : 05.22.86.04.63 - P : 06.88.16.06.51- Urgence : 06.66.54.35.06

E-mail : dahreddineabdessamad@gmail.com



Résultats mesures:

QRS : ms  
 QT/QTcB : / ms  
 PQ : ms  
 P : ms  
 RR/PP : / ms  
 P/QRS/T : / / degr  
 QTD/QTcBD : ms  
 Sokolow : mV  
 NK :

Interprétation:

rapport non confirmé .

