

## 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 | adhésion@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 à caractère personnel.

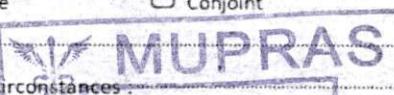
N° W19-495852

Dos n° 10571

Ma  
facture

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent (e)</b>			
Matricule : <b>00541</b>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<b>DPRAR MUSTAPHA</b>
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : <b>06 33 19 58 97</b> Total des frais engagés : ..... Dhs			

<b>Cadre réservé au Médecin</b>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : ..... / ..... / .....			
Nom et prénom du malade : ..... Age: .....			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : ..... / ..... / .....			
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) : ..... / ..... / .....			



ACCUEIL

+

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient													
 DROITE: 11, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 38, 37, 36, 35, 34, 33, 32, 31, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48. GAUCHE: 12, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 38, 37, 36, 35, 34, 33, 32, 31, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48. HAUT: 13, 14, 15, 16, 17, 18. BAS: 48, 47, 46, 45, 44, 43, 42, 41, 31.																	
					<b>Coefficient des travaux</b>												
					<b>Montant des soins</b>												
					<b>Début d'exécution</b>												
					<b>Fin d'exécution</b>												
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b>												
 DROITE: 11, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 38, 37, 36, 35, 34, 33, 32, 31, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48. GAUCHE: 12, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 38, 37, 36, 35, 34, 33, 32, 31, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48. HAUT: 13, 14, 15, 16, 17, 18. BAS: 48, 47, 46, 45, 44, 43, 42, 41, 31.		<table border="1"> <tr> <td>D</td> <td>25533412 00000000</td> <td>H</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>G</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> </table> (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			D	25533412 00000000	H	21433552 00000000		00000000	G	00000000		35533411		11433553	<b>Montant des soins</b>
D	25533412 00000000	H	21433552 00000000														
	00000000	G	00000000														
	35533411		11433553														
					<b>Date du devis</b>												
					<b>Fin d'exécution</b>												
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution															

VOLET ADHERENT	NOM :	Mme
DECLARATION N° P 14 / 0030863		
Date de Dépot	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b>		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 541	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom. DIRAR MUSTAPHA			
Fonction	Phones		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient	DIRAR Mustapha	
<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	<input type="checkbox"/> Age
Nature de la maladie		Date 08/10/19	
		Date 1ère visite 08/10/19	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C2 + ZCG			300,00
PHARMACIE	Date 08/10/19		
Montant de la facture	AHHH.00		
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES		Date 08/10/2019	
Désignation des Coefficients Ech. Dop		Montant détaillé des Honoraires 800,00	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV



Centre Cardiologique  
Interventionnel

ZOUBIDI MOHAMED ZINABDIN  
Professeur Agrégé

# ORDONNANCE

Date : 08/10/2019

M<sup>r</sup> Dinar Gustaph.

HT 361.00

✓ Ex forge 10 / 160.



1 - 0 - 0



Centre Cardiologique Interventionnel

67, Rond point de Marseille, Oasis - Casablanca - Tél. : +212 522 25 51 35 / GSM : +212 669 58 10 81  
E-mail : mz\_zoubidi@yahoo.fr / mz\_zoubidi@centrecardiologie.com / www.centrecardiologie.com

Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants.

Conserver dans l'emballage original à température ambiante (15-25°C) et à l'abri de l'humidité.

Veuillez consulter la notice d'emballage.

يحفظ بعيدا عن الأطفال

يحفظ في درجة حرارة معتدلة (15-25 درجة منوية)

بعيدا عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

Composition:

1 comprimé pelliculé contient:

Amlodipine 10 mg

Valsartan 160 mg

Excipients qsp un comprimé

يحتوي كل قرص مغلف على 10 ملг من Амлодипин и 160 мг от Валсартан



611800103060 6

**EXFORGE**   
**10mg/160mg**

28 comprimés pelliculés

PPV : 361,00 DH

## **Exforge® 10 mg/160 mg**

28 comprimés pelliculés

### **RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة  
لائحة I - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants.

Conserver dans l'emballage original à température ambiante (15-25°C) et à l'abri de l'humidité.

Veuillez consulter la notice d'emballage.

يحفظ بعيدا عن الأطفال

يحفظ في درجة حرارة معتدلة (15-25 درجة منوية)

بعيدا عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

Composition:

1 comprimé pelliculé contient:

Amlodipine 10 mg

Valsartan 160 mg

Excipients qsp un comprimé

يحتوي كل قرص مغلف على 10 ملг من Амлодипин и 160 мг от Валсартан



611800103060 6

**EXFORGE**   
**10mg/160mg**

28 comprimés pelliculés

PPV : 361,00 DH

## **Exforge® 10 mg/160 mg**

28 comprimés pelliculés

### **RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة  
لائحة I - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants.

Conserver dans l'emballage original à température ambiante (15-25°C) et à l'abri de l'humidité.

Veuillez consulter la notice d'emballage.

يحفظ بعيدا عن الأطفال

يحفظ في درجة حرارة معتدلة (15-25 درجة منوية)

بعيدا عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

Composition:

1 comprimé pelliculé contient:

Amlodipine 10 mg

Valsartan 160 mg

Excipients qsp un comprimé

يحتوي كل قرص مغلف على 10 ملг من Амлодипин и 160 мг от Валсартан



611800103060 6

**EXFORGE**   
**10mg/160mg**

28 comprimés pelliculés

PPV : 361,00 DH

## **Exforge® 10 mg/160 mg**

28 comprimés pelliculés

### **RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة  
لائحة I - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants.

Conserver dans l'emballage original à température ambiante (15-25°C) et à l'abri de l'humidité.

Veuillez consulter la notice d'emballage.

يحفظ بعيدا عن الأطفال

يحفظ في درجة حرارة معتدلة (15-25 درجة منوية)

بعيدا عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

Composition:

1 comprimé pelliculé contient:

Amlodipine 10 mg

Valsartan 160 mg

Excipients qsp un comprimé

يحتوي كل قرص مغلف على 10 ملг من Амлодипин и 160 мг от Валсартан



611800103060 6

**EXFORGE**   
**10mg/160mg**

28 comprimés pelliculés

PPV : 361,00 DH

## **Exforge® 10 mg/160 mg**

28 comprimés pelliculés

### **RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة  
لائحة I - يصرف فقط بموجب وصفة طبية



# INTERNATIONAL clinic

---

## ECHOGRAPHIE CARDIAQUE EXAMEN N°2731, 09/10/2019

---

**MUSTAPHA DIRAR, né(e) le 22/03/1946**

▪ **Opérateur:** Pr Mohamed ZOUBIDI

**Oreille Gauche:** Le diamètre antéro-postérieur de l'oreillette gauche est mesuré à 36 mm.

**Ventricule Gauche:** La fraction d'éjection ventriculaire gauche est calculée à 66% (Mode TM). Il existe une cardiomyopathie hypertrophique homogène modérée d'origine hypertensive.

**Valve Aortique:** La valve aortique est normale d'ouverture conservée.

**Valve Mitrale:** Insuffisance mitrale minime (grade 1/4).

**Cavité droite :** Absence d'hypertension artérielle pulmonaire.

**Aorte:** Diamètre maximal de 28 mm au niveau du sinus aortique.

### Mesures simples

Aorte TM:	28 mm	[N: 30 - 40]
Diam OG PSGA:	36 mm	[N: 30 - 40]
DTD VD:	15 mm	[N: 20 - 28]
Epaisseur septum diast. TM:	16,5 mm	[N: 6 - 12]
DTD VG TM:	52 mm	[N: 42 - 59]
DTS VG TM:	33 mm	[N: 29 - 36]
Epaisseur paroi post. TM:	13 mm	[N: 6 - 12]
Ep relative des parois (h/r):	0,57	
Fraction de raccourcissement:	37 %	[N: 25 - 43]
MVG:	334 g	[N: 111 - 222]

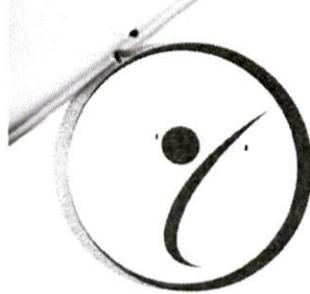
### Hypertrophie du ventricule gauche

Epaisseur septum diast. TM:	16,5 mm	[N: 6 - 12]
Epaisseur paroi post. TM:	13 mm	[N: 6 - 12]

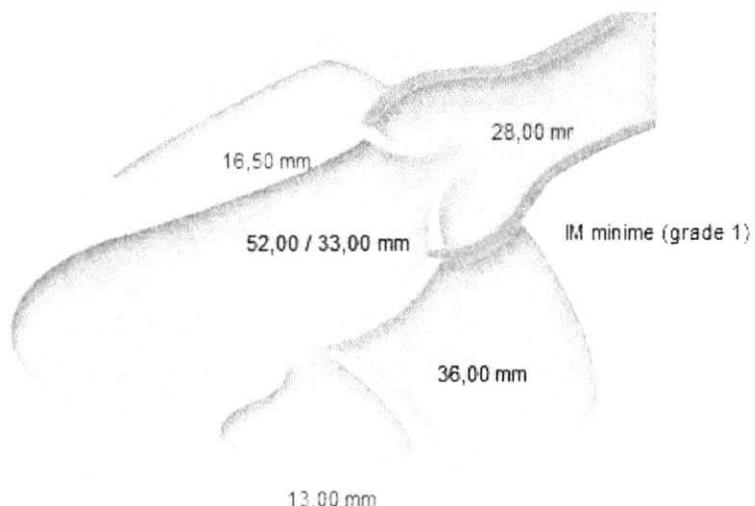
---

### CONCLUSION

- ✓ FEVG estimée à 66% (mode TM). Cardiomyopathie hypertrophique homogène modérée.
- ✓ Valve aortique normale.
- ✓ Insuffisance mitrale minime (grade 1/4).
- ✓ Absence d'HTAP.



# INTERNATIONAL clinic



FR : 37 %  
FEVG TM : 66 %

Pr Mohamed ZOUBIDI

