

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **03268**

Société : **ZAH**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **KHIMOLEI ABDELAZIZ**

Date de naissance : **06/09/1953**

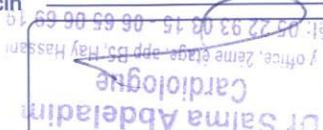
Adresse : **379, Bd PANORAMIQUE CASA**

Tél. : **0664 790914**

Total des frais engagés : **# 800,00 #** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **11/08/2023**

Nom et prénom du malade : **ABDEL AZIZ KHIMOLEI**

Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **HTA + Diabète**

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 : **Cardsal Hassan**

Le : **11/08/2023**

Signature de l'adhérent(e) :



Déclaration de Maladie

M22- 0051218

A 6/07/16

Autres

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| W/10/23 | CS | | 6, | DR SELMI ABDELLAH Cartologue Salam |
| n | Echo Coen | | 800,000 | 5 - 06 65 06 Date de dépôt : 05.07.2023 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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.

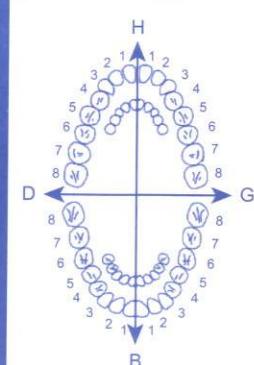
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| D | H |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

B

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Salma Abdeladim

Médecin Cardiologue

Diplôme Interuniversitaire d'Echocardiographie
de l'Université de Bordeaux Segalen, France



الدكتورة سلمى عبد العظيم

أخصائية أمراض القلب والشرايين

دبلوم فحص القلب بالصدى
من جامعة بوردو فرنسا

التخطيط الكهربائي للقلب

الفحص بالصدى للقلب والشرايين

قياس الضغط الدموي على المدى الطويل

تسجيل دقات القلب على المدى الطويل

تخطيط القلب أثناء الجهد

الفحص بالصدى أثناء الجهد

Electrocardiogramme
Echodoppler Cardiaque et Vasculaire
Holter Tensionnel
Holter ECG
Epreuve d'Efort
Echographie de Stress

M/05/23

Dr Khidjou Abdelaziz

Echo Coeur

Dr Salma Abdeladim
Cardiologue
City office, 2ème étage, app. B5, Hay Hassani
Tél: 05 22 93 03 15 - 06 65 08 69 19



05 22 93 03 15



06 65 06 69 19



Salma.abdeladim56@gmail.Com

سيتي اويفيس، إقامة ميسيمي رقم 58 مكرر، الطابق 2 المكتب 5 الحي الحسني (فوق KFC أمام مرجان الحي الحسني) - الدار البيضاء

City Office, 58 Bis. Lot. MISSIMI, 2^{ème} étage Appt. B5 Hay Hassani (au dessus de KFC, en face Marjane et McDonald's Hay Hassani) - Casablanca

F A C T U R E

N° : 23009801 Du : 11/05/2023

| | | | | |
|---|----------------------|--|------------------|---------------|
| Patient : | ABDELAZIZ KHIDIQUI | | | |
| Prise en charge : | PAYANT(MUPRAS (RAM)) | | Admission : | 11/05/2023 |
| N° Dossier : | 23009193 | | Sortie : | 11/05/2023 |
| Désignations des prestations | | | | |
| ECHO COEUR | 1 | | Prix unitaire | Prix total |
| | | | 800.00 | 800.00 |
| | | | Sous-Total | 800.00 |
| | | | Total clinique | 800.00 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : | | | Total brut : | 800.00 |
| Huit cents dirhams | | | Remise : | 0.00 |
| | | | Total net : | 800.00 |
| Matricule : | Adhérent : | | Part organisme : | 0.00 |
| Affiliation : | N° prise en charge : | | Part patient : | 800.00 |
| CIN : B1470085 | Code clinique : | | | |
| ICE : | | | | |

Service Consultation Cardiologie
Tél: 05 22 05 40 40 / 05 22 05 40 41
Hôpital Privé International de
Casablanca

Nom/prénom : KHIDIOUI ABDELAZIZ

le 11/05/2023

Casablanca, le :

COMPTE RENDU D'ECHOCARDIOGRAPHIE

| | |
|--|--------|
| Diamètretélédiastolique du ventricule gauche | 58 mm |
| Diamètretélésystolique du ventricule gauche | 31 mm |
| Epaisseur du septum intraventriculaire | 09mm |
| Epaississeur PP | 09 mm |
| E/é | 9.6 |
| S' VD | 12cm/s |

- VG non dilaté, non hypertrophié , Avec bonne cinétique segmentaire et globale
- Bonne Fonction systolique du VG, FEVG = 64 % (SBP),
- Profil mitral type anomalie de relaxation. PRVG non élevées
- Oreillettes non dilatées, libres d'écho
- VD non dilaté, avec bonne fonction longitudinale (S'VD= 12 cm/s, TAPSE= 26 mm)
- Valve aortique à 3 cusps, non calcifiée de bonne ouverture sans fuite ni sténose significatives.
- Valve mitrale souple, siège d'une fuite minime sans sténose significatives
- IT grade I estimant PAPS= 21+5=26 mmHg, absence de signe indirect d'HTP
- VCI fine et compliant.

Au total :

Bonne fonction systolique bi ventriculaire conservée, FEVG 64%.

PRVG non élevées, absence de signe indirect d'HTP

IM minime

Oreillettes non dilatées

Péricarde sec.

Dr Salma ABDELADIM
Cardiologue
Office: 05 22 93 03 15 - 65 06 69 79
Signed: Dr Salma ABDELADIM