

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

- 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.

Matricule : 10585 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

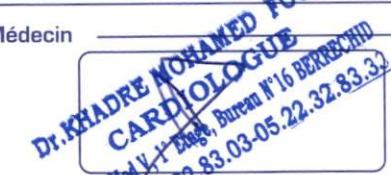
Nom & Prénom : K.SSIBA EL HABIB

Date de naissance : 12.10.91/1963

Adresse : Berrechid'

Tél. 22.604458836 Total des frais engagés : Dhs

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : K.SSIBA EL HABIB Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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) :

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 Recensement des Actes
7/11/23	CS + ECG		F 250,-	Dr. KHADRE MOHAMED TOU CARDIOLOGUE M.M.V. 1 ^{er} étage, Bureau n°16 BERKANE 5-22.32.83.03-05.22.32.83.32

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	21/1/23	ETT	 DR. KHABDEN MOHAMED FOUD CARDIOLOGUE 11, Bd Med V, 1 ^{er} Etage, Bureau N°16 BERREBDID 05.22.32.83.03-05.22.32.83.33

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	
255333412	21433552
00000000	00000000

The diagram illustrates the topographic features of the cerebral cortex. It shows two hemispheres with various gyri (ridges) and sulci (grooves) labeled with numbers. The left hemisphere (D) has gyri numbered 1 through 8 from top to bottom. The right hemisphere (G) has gyri numbered 1 through 8 from top to bottom. The anterior commissure is indicated by a small circle between gyri 4 and 5 on both sides. The posterior commissure is indicated by a small circle between gyri 7 and 8 on both sides. The diagram is oriented with H at the top, D on the left, G on the right, and B at the bottom.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Cabinet de cardiologie

DR KHADRE Mohamed Fouad

Berrechid, le 8/7/23

Note d'honoraires

Nous exprimons nos sincères salutations à

Mr/Mme *KSSiba El habib*

lui adresse, selon l'usage, sa note d'honoraires

500000 dh = 75000 dh

Faisant la somme de

Sept cent cinquante dirha

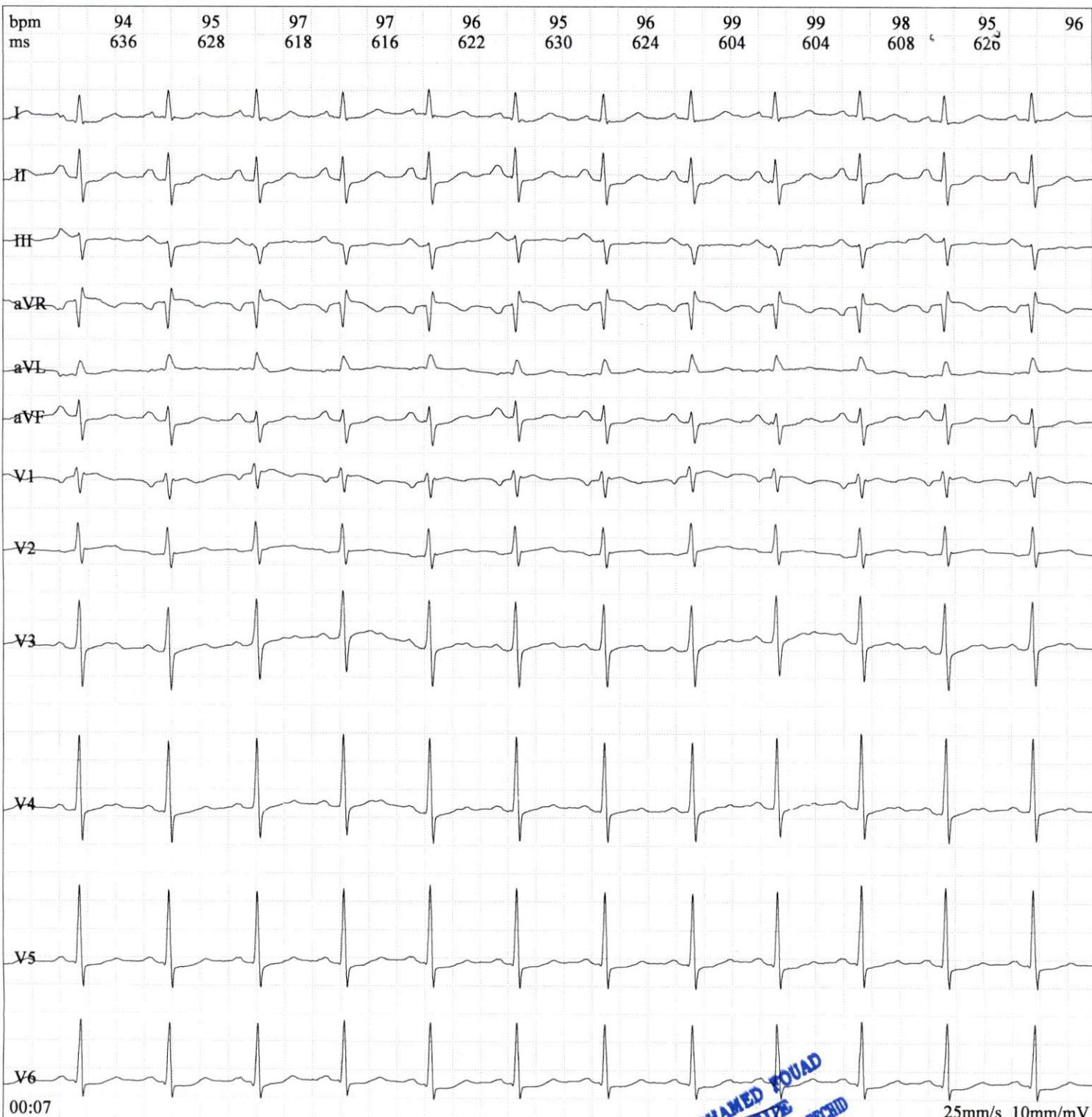
*Dr. KHADRE MOHAMED FOUD
CARDIOLOGUE
11. Bd Med V, 1^{er} Etage, Bureau 111 BERRECHID
Tél: 05.22.32.83.03-05.22.32.83.33*

Cachet et signature

Dr KHADRE Mohamed Fouad

ECG

Nom	kssiba el habib	Sex	Male	Age	60	Clinique N	Section
SN	0009757	Case No.		Lit No.		Date	07/07/2023



Frequency:	1000 Hz	PR Interval:	164 ms	Prompt:
Sample Time:	22 s	QT Interval:	248 ms	
HR:	96 bpm	QTc Interval:	314 ms	
P Interval:	72 ms	P Axis:	69.67°b	
QRS Interval:	66 ms	QRS Axis:	-30.53°b	
T Interval:	124 ms	T Axis:	14.77°b	

Dr. KHADRE MOHAMED FOUD
CARDIOLOGIE
 11. Bd Med V, 1^{er} Etage Bureau N°16 BERRCHID
 Tel: 05.22.32.83.03-05.22.32.83.33

Signature Médecin :



Information patient

Nom : KSSIBA

PRENOM : El Habib

DATE : 08/07/2023

MEDECIN TRAITANT : DR.M.F. KHADRE

COMPTE RENDU D'ECHOCARDIOGRAPHIE

- VG non dilaté (38mm) , HVG minime concentrique 11/11mm, de bonne contractilité globale et segmentaire FEVG à 65%.
- Profil mitral type anomalie de relaxation E / A = 0.7, PRVG basses E / e' = 7 .
- Massif auriculaire : OG non dilatée libre d'échos. (SOG à 17cm²)
: OD non dilatée libre d'échos. (SOD à 1cm²)
- Valve mitrale, sans fuite, ni sténose.
- Valve aortique, sans fuite, ni sténose.
- Cavités droites non dilatées, Bonne fonction systolique du VD. (TAPSE= 22mm)
- IT minime estimant la PAPS à 19+3=22mmHg.
- VCI à 12mm non dilatée, compliant.
- Péricarde sec. , aorte ascendante de taille normale à 32mm n aorte abdominale légèrement dilatée à 23mm

Conclusion :

cardiopathie hypertensive , Bonne fonction bi-ventriculaire, FEVG à 65 %.

Pas de valvulopathie mitro-aortique significative.

Pas d'HTP.

Signé: Dr M.F.KHADRE
 Dr.KHADRE MOHAMED FOUAD
 CARDIOLOGUE
 11, Bd M. V, 1^{er} étage, Bureau N°16 BERRECHID
 Tél: 05.22.32.83.03-05.22.32.83.33