

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 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

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5685

Société : RAM 134720

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SEKKAT Nadeem

Date de naissance : 1936

Adresse : 32 L'asslement Syndical Al Abdah Casa

Tél. : 06 13 07 66 47 Total des frais engagés : 1100,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24.08.2023

Nom et prénom du malade : SEKKAT Nadeem SALADIN Age : 78ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Cancer du sein

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

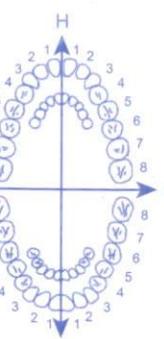
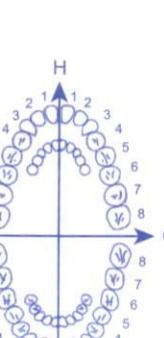
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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.

Le : 24.08.2023

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
24/08/2023	Actes	1000	HF 053	INPE - 061383483 Télé: 05 20 11 626 06 63 67 63 30 Dr. F. BENMALLEK - DOUGUE

ANALYSES DE RADIOPHARMACIES			
Prénom et signature du laboratoire et de Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. R. F. A. MALEK INPE : 061303483	24/08/2011	Doppler Cardiaque	Dr. R. F. A. MALEK INPE : 061303483
			TEL : 05 20 51 26 26 / 06 63 67 63 30

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.														
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX (Coefficient of work)										
				MONTANTS DES SOINS (Amounts of treatments)										
				DEBUT D'EXECUTION (Start of execution)										
				FIN D'EXECUTION (End of execution)										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H	21433552	25533412	00000000	D	00000000	00000000	00000000	B	35533411 11433553
H	21433552													
25533412	00000000													
D	00000000													
00000000	00000000													
B	35533411 11433553													
		COEFFICIENT DES TRAVAUX (Coefficient of work)												
		MONTANTS DES SOINS (Amounts of treatments)												
		DATE DU DEVIS (Date of estimate)												
		DATE DE L'EXECUTION (Date of execution)												

RADIOOTHERAPIE PAR VMAT (IMRT - IGRT - ARCTHERAPIE) - RADIOCHIRURGIE

RADIOOTHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINICS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOTHERAPIE METABOLIQUE
CURIOTHERAPIE A HAUT DEBIT DE DOSE (HDR) - CHIMIOTHERAPIE - CHIMIOTHERAPIE INTRA PERITONEALE (CHIP) - HOSPITALISATION

العلاج الإشعاعي المطور الموجي بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكنار - الجراحة الإشعاعية
العلاج الإشعاعي الباطني و الفياصن - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشاء

INPE : 091058651

CASABLANCA, LE 22.8.23



091058651

الدكتور محمد المرشد

Docteur Mohamed EL MORCHID

لخصاني في العلاج بالأشعنة

RADIO-ONCOLOGUE

Am cher Confrere

Leis je offre à vos bons fris Vœux

Saladin Sina for Radiotherapy
el-Bilal Cancer Research Center
Chairman of Hercogine -

Lei for the cooperation

End leant



CLINIQUE BELLE VILLE

Mme SALADIN NADIA EP SEKKAT

Le 24/08/2023

COMPTE RENDU D'ECHODOPPLER CARDIAQUE

Indication : Evaluation cardiaque avant Anti-HER2

Conditions : bonne échogénicité

1. VG non dilaté, non hypertrophié, de bonne fonction radiale **FEVG : 63% en Simpson biplan et longitudinale (MAPSE=15mm ; SVG=9cm/s)**
2. Massif auriculaire non dilaté libre d'échos
3. Profil mitral normal, pressions de remplissage non élevées ($E/E'=4$).
4. Valves mitrales fines, de bonne cinétique, sans fuite et sans sténose
5. Valve aortique tricuspidé sans fuite ni sténose.
6. Cavités droites non dilatées, avec bonne fonction systolique longitudinale du VD (TAPSE=26mm)
7. IT minime estimant les PAPS à $20+5 = 25$ mmHg
8. VCI non dilatée à 15mm compliant.
9. Pas d'épanchement péricardique
10. Aorte non dilatée dans les segments explorés.

Au total :

- Bonne fonction VG radiale et longitudinale **FEVG/SB=63%**
- PRVG non élevées
- Pas de valvulopathie mitro-aortique
- Bonne fonction VD sans HTAP
- Pas d'atteinte péricardique

Dr. RIKI BENMALEK
G. BIOLOGUE
Tél: 05 26 26 / 06 63 67 63 30
E-mail: 061303483

391, Boulevard Ghandi - Casablanca - Maroc

Tél : +212 522 23 30 30 · Fax : +212 522 99 30 26 · GSM : +212 661 333 999

E-mail : cliniquebelleville@cliniquebelleville.com - Site web : www.cliniquebelleville.ma

Patente : 34751012 Identifiant Fiscal : 50560151 CNSS : 2832333 ICE : 002868326000095

RIB : 190780212113658163000371 - Code SWIFT : BCPO MAMC

CLINIQUE BELLE VILLE
CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Patient : Mme SALADIN NADIA
Séjour : Du 24/08/2023 au 24/08/2023

FACTURE
202304563
Du : 24/08/2023

Etablie par : B. NABILA

Clinique

Code	Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
R400	ECHOGRAPHIE DOPPLER CARDIAQUE	1	750,00	750,00
consultation123	CONSULTATION + ECG	1	350,00	350,00
TOTAL CLINIQUE				1 100,00

Encaissement Compte d'Autrui

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
TOTAL AUTRUI			0,00

Ventes en exonération de la TVA suivant l'article n°91-VI-1° du C.G.I

Arretée la presente facture à la somme de MILLE CENT DIRHAMS

	Patient
Total TTC	1 100,00



CLINIQUE BELLE VILLE
CENTRE CARDIOVASCULAIRE
Casablanca

NOM DU PATIENT : Mme SALADIN NADIA
DATE DE NAISSANCE : 14/01/1945

Sejour : Du 24/08/2023 au 24/08/2023



Reçu N°: 14506

Paiement du 24/08/2023 11h16

Actes	
Montant	1 100,00 Dh
Type de paiement	Espèce

Imprimé par : BOUAZIZ Fatimazahra Le 24/08/2023 11h16



SALADIN, NADIA

ID:

DOB:

yr.

24-Aug-2023 10:48:58

Vent rate: 75 BPM
PR int: 176 ms
QRS dur: 72 ms
QT/QTc: 340/369 ms
P-R-T axes: 53 29 50

SINUS RHYTHM
NORMAL ECG
UNCONFIRMED REPORT

L.A. 143183
SpO2 96

