

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 rééducatifs.
- 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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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

M23- N° 0031679

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12854 Société : RA7
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL Hajdane Miza
 Date de naissance : 07/09/86
 Adresse : 34 Bd oued oum Rbia
 Mazola
 Tél. : 06 61 31 94 05 Total des frais engagés : 1656,8 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Dr. Abdesslam SEBTI
 Cardiologue
 134 Rue Attabari Bel Ghandi
 Tél : 05 22 34 75 81 / 06 61 27 12 90
 05 22 39 69 69 / INTER : 91126342
 Date de consultation : 14/02/24
 Nom et prénom du malade : EL HAJDANE Miza Age :
 Lien de parenté : ☐ 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 : Casablanca Le : 16/02/24
 Signature de l'adhérent(e) : EL Hajdane

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
14.1.14	Cure		420	Dr. Abdelhamid SLEKKE Cardiologue 114 Rue Arabar Bld Chendi 2522 44 75 81 / 21 57 11 00 05 22 44 75 81 / 21 57 11 00
14.1.14	Consultation		1005,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Polyclinique Dr. TIR Abdelaziz 58, Route My Thami May Hassan Tel: 0522 44 21 57 Cas	14/02/2024	256,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

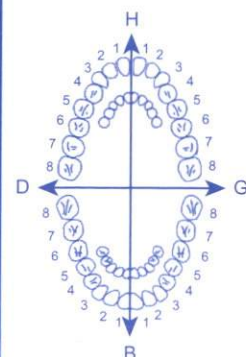
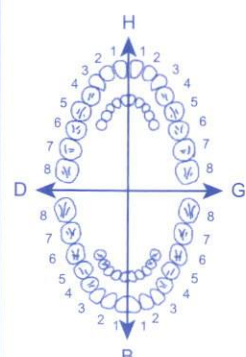
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, 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																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

عيادة تشخيص واستكشاف أمراض القلب والشرائين Cabinet de Consultation et d'Exploration Cardio Vasculaire

Dr. Abdesselam SEBTI
Cardiologue
Diplôme de la Faculté de Médecine
de Toulouse - France



الدكتور عبد السلام سبتي
اختصاصي في أمراض القلب
خريج كلية الطب بتولوز - فرنسا

Casablanca, le14/02/2024.....

NOTE DES HONORAIRES

Patient : Mme EL MAJDAOUI AZIZA

Examen :

CONSULTATION + ELECTROCARDIOGRAMME

.....400 DH

ECHODOPPLER CARDIAQUE

..... 1000 DH

TOTAL

1400 DH

Arrêter la facture à la somme de mille quatre cent dirhams.

Dr. Abdesselam SEBTI
Cardiologue
134 Rue Attabari 4^{ème} étage Bd Ghandi
Tél: 05 22 44 75 81 / 06 61 27 12 90
(05 22 44 75 81 / 06 61 27 12 90)

Prochain R.D.V le

En cas d'urgence contacter : 06 61 27 12 90 Ou clinique CASA ANFA : 05 22 94 56 33

الدار البيضاء 134 Rue Attabari 4^{ème} étage Bd Ghandi - Casablanca

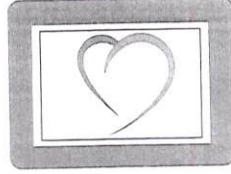
الهاتف : 05 22 39 09 09 / 05 22 44 75 81 / 06 61 27 12 90 / 06 63 89 13 56

Email : centrecardiodrsebti@gmail.com

مركز تشخيص واستكشاف أمراض القلب والأوعية الدموية

Centre de Consultation et d'Exploration Cardio Vasculaire

Dr. Abdesselam SEBTI
Cardiologue
Diplôme de la Faculté de Médecine
de Toulouse - France



الدكتور عبد السلام سبتي
اختصاصي في أمراض القلب
خريج كلية الطب بتولوز - فرنسا

NOM : EL MAJDAOUI
DATE : 14/02/2024

PRENOM : AZIZA

Examen pratiqué sur Echographe HITACHI ARIETA 850

COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE DOPPLER CARDIAQUE COULEUR

A L'ECHOGRAPHIE :

Le ventricule gauche est de dimension et de fonction normale
Bonne cinétique segmentaire et globale.

Épaisseur pariétale normale.

Les cavités ventriculaires droites ne sont pas dilatées.

DTD : 39mm/ DTS : 20/ FR : 47%

FE par méthode SIMPSON : 79%

Ep.P.Ant : 8 mm/ Ep.P.Post : 8 mm/ VD : 32 mm

OG : 35mm/ Aorte : 32mm

O.G de taille normale. Aorte de taille normale. Rapport O.G / A.O : 0,92

Les valves mitrales sont souples et d'ouverture normale, l'appareil sous valvulaire n'est pas remanié.

Les sigmoïdes aortiques sont souples et leur ouverture est normale.

Pas d'épanchement péricardique.

Pas de Thrombus intracavitaire.

Pas d'anomalie visible.

AU DOPPLER COULEUR :

FLUX MITRAL

E = 61,2 cm/s

A = 58,7m/s

EA = 1,04

VMT Dec = 112m/sec

La Pression de remplissage du VG normale

Absence de rétrécissement ou de fuite trans valvulaire significative.

Il existe une petite I.T physiologique qui permet de calculer la PAPs à
 $10 + 5 = 15$ mmHg.

CONCLUSION :

Echographie Doppler Cardiaque Couleur montre une bonne fonction bi-ventriculaire avec une fonction systolo-diastolique conservée.
sans signe de cardiopathie valvulaire au doppler couleur.

En cas d'urgence contacter : 06 61 27 12 90 Ou clinique CASA ANFA : 05 22 94 56 33

134 Rue Attabari 4^{ème} étage Bd Ghandi - Casablanca
Znقة التباري الطابق الرابع شارع غاندي - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 44 75 81 / 06 61 27 12 90 / 06 63 89 13 56

Email : centrecardiordrsebti@gmail.com

Numéro de lot :

LOT 23.110
FAB 04/2023
DDM 04/2026

2 tubes de 12 comprimés
effervescents chacun

Magnéprev[®]
300

PPC : 109,00 DH

P.P.C : 119 DH

Lot :	Date :
DS02/23	02/26

عيادة تشخيص واستكشاف أمراض القلب والشرائين Cabinet de Consultation et d'Exploration Cardio Vasculaire

Dr. Abdesselam SEBTI
Cardiologue
Diplôme de la Faculté de Médecine
de Toulouse - France



الدكتور عبد السلام سبتي
اختصاصي في أمراض القلب
خريج كلية الطب بتولوز - فرنسا

Casablanca, le 14. 2. 14

el MAJOUJI Mly

PHARMACIE POLYCLINIQUE

Dr. TIR Abdelaziz

58, Route Mly Th

Tél: 0522 90

LOT: 23F005
PER: 03 2026

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC 850

P.P.V: 41DH80



41.80

Ambouf (SV) 40

96.00

Magne (SV) 200 1/2

119.00

Dobes (SV) 1) 100

256.80

Dr. Abdesselam SEBTI
Cardiologue
134 Rue Attabari Bd Ghandi
Tél: 05 22 44 75 81 / 06 61 27 12 90
05 22 39 09 09 / INPE: 091126342

Prochain R.D.V le

En cas d'urgence contacter : 06 61 27 12 90 Ou clinique CASA ANFA : 05 22 94 56 33

الدار البيضاء 134 Rue Attabari الطابق الرابع شارع غاندي - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 39 09 09 / 05 22 44 75 81 / 06 61 27 12 90 / 06 63 89 13 56

Email : centrecardiodrsebti@gmail.com