

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.

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

M23-0025097

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03268 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité
 Nom & Prénom : KHAYOU Abdelaziz 199089
 Date de naissance : 06/07/1953
 Adresse : 379, Bd PANORAMIQUE CASAB
 Tél. : 0664790914 Total des frais engagés : #1100,00# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Dr. CHAH Abdelghani
 Maladies du Cœur et des Vaisseaux
 Angle Bd. Panoramique et Bd. 2
 Mars Andalous 3 Rue 14 N°1 - 1^{er} Etg
 Casablanca - Tél. 05 22 52 05 05
 Date de consultation : 05 MARS 2024
 Nom et prénom du malade : ELGHALMI TOURMA Age:
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Em Angine
 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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 15/03/2024

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

05 MARS 2024

INDE 091017202

أحواز القلب والشرابين

Dr. CHAH Abdelghani

Maladies du Cœur et des Vaisseaux

Angle Bd. Panoramique et Bd. 2

Mars Andalous 3 Rue 14 N°1 - 1^{er} Etg.

Casablanca - Tél.: 05 22 52 05 05

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

15 MARS 2024

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

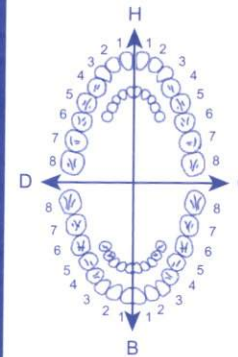
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

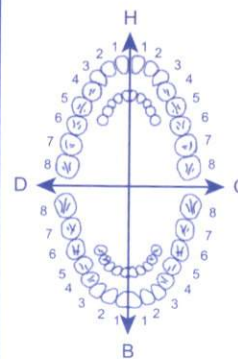
COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr CHAHI Abdelghani

Nom : elghalemi touri SN : 0034359

Sex : Female Case No. :

Age : 69Y Lit No. :

Clinique N : Date : 05/03/2024

Section :

Fréquence: 1000Hz

Temps d'écha 11s

FC: 52bpm

P Interval: 115ms

QRS Interval: 80 ms

T Interval: 223 ms

PR Interval: 210 ms

QT Interval: 458 ms

QTc Interval: 427 ms

P Axis: 57.80°b

QRS Axis: -6.10°b

T Axis: 62.40°b

Prompt:

دكتور شامي عبد القاني
أمراض القلب والشرايين
Dr. CHAHI Abdelghani
Maladies du Cœur et des Vaisseaux
Angle Bd. Panoramique et Bd. 2
Mars Andalous 3 Rue 14 N°1 - 1^{er} Et.
Casablanca - Tél: 05 22 52 05 00

Signature Medecin :



Cabinet d'Explorations Cardio-Vasculaires

Dr Chahi Abdelghani

Casablanca le : 15.03.2024

ECHO-DOPPLER CARDIAQUE

Nom : EL GHALEMI Touria

IMC :

-Aorte : 30 mm Oreillette gauche 35 mm Surface OG 26.1 cm²
OD 20.9 cm²

-Ventricule gauche :

* Diastole : 50 mm

*Syst : 30 mm

*Sept : 9 mm

*Paroi Post : 9 mm

FE : 70 %

Rac :

COMMENTAIRES :

-Ventricule gauche de taille normale . Parois non épaissies . Cinétique globale et régionale normale .Fonction VG normale . Pressions de remplissage basses .

-Oreillette dilatée.

-Valves Mitrales légèrement épaissies avec Insuffisance Mitrale grade I à II .

-Sigmoïdes Aortiques épaissies sans sténose .

-Oreillette droite dilatée ; Fonction VD normale.

PAP systolique : 34 (29+5) mm Hg

-Péricarde R.A.S.

-V.C.I non dilatée , compliant ..

-Aorte ascendante 29 mm

CONCLUSION

VG de taille et fonction normales.

Dilatation bi-auriculaire.

Insuffisance Mitrale minime à modérée.

Sigmoïdes Aortiques épaissies sans sténose.

Pressions pulmonaires normales.

الدكتور شاهي عبد القاسي
أمراض القلب والأوعية الدموية
Dr. CHAH Abdelghani
Maladies du Cœur et des Vaisseaux
Angle Bd. Panoramique et Bd. 2
Mars Andalous 3 Rue 14 N°1 - 1^{er} Et
Casablanca - Tél : 05 22 52 05 0

Cabinet d'Exploration Cardio-Vasculaires
Dr Chahi Abdelghani

Casablanca le :

15 MARS 2024

Note d'honoraires

Nom : EL GHALEM Tounia

Examen : Echocœur

Montant : Huit cent dh (800,00 DH)

الدكتور عبد الغني
أمراض القلب والشرايين
Dr. CHAH Abdelghani
Maladies du Cœur et des Vaisseaux
Angle Bd. Panoramique et Bd. 2
Mars Andalous 3 Rue 14 N°1 - 1^{er} Etg
Casablanca - Tél.: 05 22 52 05 05

Angle Bd Panoramique et Bd 2Mars Andalous 3 Rue 14 N°1-1^{er} étage Casablanca
Tél/Fax : 0522520505-0808394998-Email : dr.chahi@yahoo.fr