

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 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 une fois par an.

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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

W21-843181

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9416 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : IGHIOVER HICHAM

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 61 97 6122 Total des frais engagés : 1066,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : IGHIOVER YASSINE Age : 18 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Pericardite

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) :

VOI ET ADHERENT


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
23 FEV 2024	ECG		2000	
23 FEV 2024	ETT		6000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

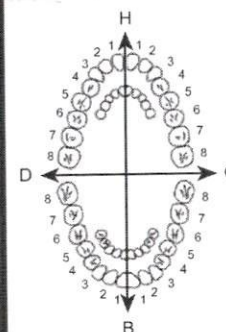
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	23/02/24	Bp AMI	266,20

AUXILIAIRES MEDICAUX

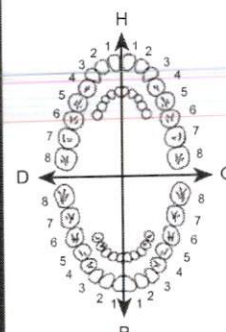
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

CCEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. MANSOURI Chadia

Cardiologue
diplômée de l'Université
Aix-Marseille, France
Echographie doppler
Cardiaque et Vasculaire



الدكتورة المنصوري شادية

إختصاصية في أمراض القلب والشرايين
خريجة كلية الطب بمرسيليا، فرنسا
الموجات فوق الصوتية
للقلب و الشرايين

Marrakech le : : مراكش في

Ighiover
Yassine

071097604

C+ECG.-

200 Hz

ETT

600 Hz



تقاطع شارع علال الفاسي و شارع يعقوب المنصور، عمارة فضاء الصفوة، الطابق السفلي رقم 24 - مراكش

Angle Av. Allal El Fassi et Bd. Yacoub El Mansour, Rés. Espace Assafwa, RDC N°24

Marrakech - Email: chadiacardio@yahoo.fr - Tél.: 0524 31 08 50 - الهاتف

ICE : 001650168000086 - INPE : 071097604

Dr. MANSOURI Chadia

Cardiologue
diplômée de l'Université
Aix-Marseille, France
Echographie doppler
Cardiaque et Vasculaire



الدكتورة المنصوري شادية

إختصاصية في أمراض القلب والشرايين
خريجة كلية الطب بمرسيليا، فرنسا
الموجات فوق الصوتية
للقلب و الشرايين

Marrakech le : : مراكش في

23 FEB 2024

Ighi over Yassine

NES

CRP



تقاطع شارع علال الفاسي و شارع يعقوب المنصور، عمارة فضاء الصفوة، الطابق السفلي رقم 24 - مراكش

Angle Av. Allal El Fassi et Bd. Yacoub El Mansour, Rés. Espace Assafwa, RDC N°24

Marrakech - Email: chadiacardio@yahoo.fr - Tél.: 0524 31 08 50 : الهاتف

ICE : 001650168000086 - INPE : 071097604

CABINET D'EXPLORATION CARDIOVASCULAIRE

• **DR MANSOURI CHADIA**

• **Spécialiste Diplômée de la Faculté de Médecine d'Aix Marseille (France)**

• Ancienne attachée des Hôpitaux de Marseille

ECHODOPPLER CARDIAQUE TRANS THORACIQUE

Nom/Prénom IGHIOUER YASSINE

Age : 19 ans

DATE : 23 /2/2024

Motif d'examen DOULEUR THORACIQUE

SOG : 18 CM² DTDVG : 46 MM

DTSVG : 26 MM

SIVS : 12 MM SIVD : 10 MM

L OREILLETTE GAUCHE

L'oreillette gauche est non dilatée

LE VENTRICULE GAUCHE :

Bonne contractilité segmentaire,

FRACTION D'EJECTION

La fraction d'éjection est évaluée selon la méthode Simpson en biplan 65 %

LES CAVITES DROITES :

Les cavités droites non dilatées,

LES VALVES AORTIQUES

Normales

LES VALVES MITRALES :

Petite insuffisance mitrale

CONCLUSION

Absence d'épanchement péricardique

Bonne contractilité segmentaires

Absence de dilatation des cavités cardiaques gauche et droites

La fraction d'éjection à 65 %



Rapport image ultrason.

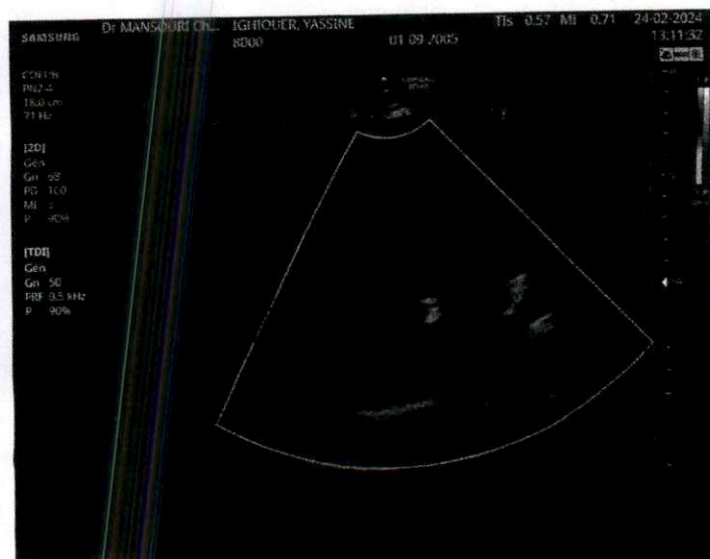
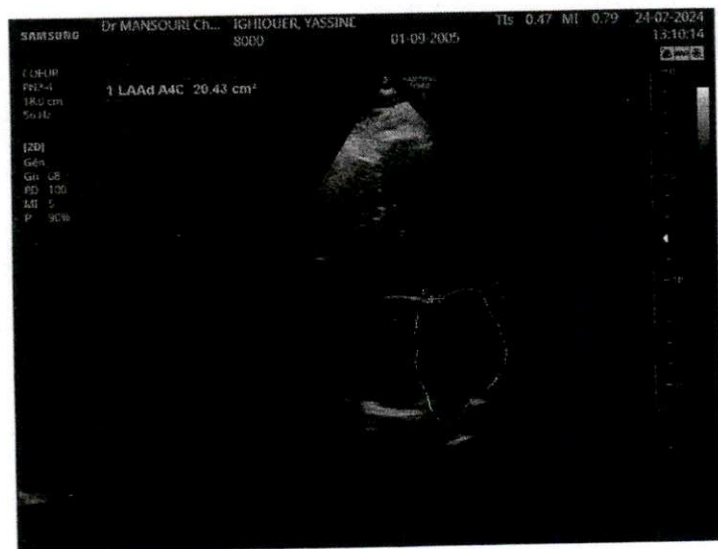
Patient

N° 8000
 Nom IGHIOUER, YASSINE
 D. naissance 01-09-2005
 Sexe Masculin

Exam

N° d'accès
 Dte exam.
 Description
 Opérateur

23 FEB 2024





Dr. Abdellah ZRIOUIL

Pharmacien biologiste

- CES de biologie Faculté de Médecine Paris V
- UER de Pharmacie Paris VI
- Ancien attaché des Hôpitaux de Paris

الدكتور عبد الله زريويل

صيدلي إحيائي

- شهادة في البيولوجيا جامعة الطب باريس V
- جامعة الصيدلة باريس VI
- ملحق سابقا بمستشفيات باريس

Monsieur IGHIOUER Yassine

Dossier No 2302 041 du 23/02/2024 à 13h18

Prélèvement Transmis au Laboratoire

Prescrit par le Docteur Mansouri chadia

Date de naissance : 01/09/2005

Prélèvement Effectué par notre Laboratoire

Page : 1 / 2

HEMATOLOGIE

NUMERATION GLOBULAIRE (SYSMEX XT 1800I) :

Hématies.....	5,320	M/mm ³	(N : 4,5 à 5,5)
Hémoglobine.....	15,4	g/dl	(N : 13.0 à 17.0)
Hématocrite.....	45,4	%	(N : 40 à 54)
V.G.M.....	85	fl	(N : 82 à 98)
T.G.M.H.....	28,9	pg	(N : 27 à 32)
C.C.M.H.....	33,9	g/dl	(N : 32 à 37)
Leucocytes.....	6 580	/mm ³	(N : 4 000 à 10 000)
PLAQUETTES.....	211 000	/mm ³	(N : 150 000 à 400 000)

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires neutrophiles. 48,9 %	
soit 3 218 /mm ³	(N : 2 000 à 7 500)
Polynucléaires éosinophiles. 2,3 %	
soit 151 /mm ³	(N : 40 à 400)
Polynucléaires basophiles.. 0,5 %	
soit 33 /mm ³	(N : 0 à 200)
Lymphocytes..... 36,3 %	
soit 2 389 /mm ³	(N : 1 000 à 4 000)
Monocytes..... 12,0 %	
soit 790 /mm ³	(N : 200 à 1000)





Dr. Abdellah ZRIOUIL

Pharmacien biologiste

- CES de biologie Faculté de Médecine Paris V
- UER de Pharmacie Paris VI
- Ancien attaché des Hôpitaux de Paris

دكتور عبد الله زريويل

يدلي إحيائي

بهاذة في البيولوجيا جامعة الطب باريس V
جامعة الصيدلة باريس VI
لحق سابقا بمستشفيات باريس

Monsieur IGHIOUER Yassine

Dossier No 2302 041 du 23/02/2024 à 13h18

Prélèvement Transmis au Laboratoire

Prescrit par le Docteur Mansouri chadia

Date de naissance : 01/09/2005

Prélèvement Effectué par notre Laboratoire

Page : 2 / 2

BIOCHIMIE

PROTEINE C REACTIVE.....
(Dosage réalisé en turbidimétrie)

8

mg/l

(N : 0 à 5)

31/01/20 : 5

LABORATOIRE



Dr ZRIOUIL Abdellah





Dr. Abdellah ZRIOUIL

Pharmacien biologiste

- CES de biologie Faculté de Médecine Paris V
- UFR de Pharmacie Paris VI
- INPE : 073002222
- Ancien attaché des Hôpitaux de Paris

الدكتور عبد الله زريويل

صيدلي إحيائي

- شهادة في البيولوجيا جامعة الطب باريس V
- جامعة الصيدلة باريس VI
- ملحق سابق بمستشفيات باريس

FACTURE N°:153930041

MARRAKECH LE : 23/02/2024

Nom et Prénom : IGHIOUER Yassine

Prescripteur : Dr. Mansouri chadia

Référence : 230224 041

BILAN :

NF B 80 + CRP B 100 +

MONTANT NET : 266,20 DHS Soit 180 B

Deux cent soixante six Dh et vingt cts

