

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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

N° W19-527995

38455

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	186	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BENGAFFO Mina			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : Total des frais engagés :			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 18/01/2021			
Nom et prénom du malade : BENGAFFO Mina			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : MDR + syndrome			
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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 Parlement des Actes
11/12/22	consult		300	INPI
11/12/22	échograph		15000	Dr. Andre Cardiologue 35 Rue du Yamen (ex 30) 75011 Paris

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20 SEPTEMBRE 2011	Dr. Abdesslam SEBBAG Cardiologue 33, Rue du Yamet les soldats, Louvencell

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																		
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> (Leave blank for general treatment)	<b>Nature des Soins</b> (Leave blank for general treatment)	<b>Coefficient</b> (Leave blank for general treatment)														
				<b>INP :</b> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/>														
				<b>Coefficient des Travaux</b> <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black; margin-bottom: 10px;" type="text"/>														
				<b>Montants des Soins</b> <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black; margin-bottom: 10px;" type="text"/>														
				<b>Début d'Execution</b> <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black; margin-bottom: 10px;" type="text"/>														
				<b>Fin d'Execution</b> <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black; margin-bottom: 10px;" type="text"/>														
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <b>[Création, remont, adjonction]</b>          Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession       </p>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				<b>Coefficient des Travaux</b> <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black; margin-bottom: 10px;" type="text"/>														
				<b>Montants des Soins</b> <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black; margin-bottom: 10px;" type="text"/>														
				<b>Date du Devis</b> <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black; margin-bottom: 10px;" type="text"/>														
				<b>Date de l'Execution</b> <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black; margin-bottom: 10px;" type="text"/>														
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																		
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																		

# عيادة تشخيص و استكشاف أمراض القلب و التردد Cabinet de Consultation et d'Exploration Cardio Vasculaire

Dr. Abdesselam SEBTI

Cardiologue

Diplôme de la Faculté de Médecine  
de Toulouse - France



الدكتور عبد السلام السبتي

اختصاصي في أمراض القلب

خريج كلية الطب بتولوز - فرنسا

Casablanca, le 18.6.2022

Bewatrafen 7.0

Hypnol

12

fectif 2

11

Dr. Abdesselam SEBTI  
Cardiologue  
33, Rue du Yamen (ex. Soldat Jouvencel)  
Bd 11 Janvier - Casablanca

E-mail : drsebti@hotmail.com

33، زنقة اليمن - شارع 11 يناير - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 44 75 81 / 05 22 31 57 70  
33, Rue du Yamen (ex. Soldat Jouvencel) - Bd. 11 Janvier - Casablanca - Tél. : C. : 05 22 44 75 81/05 22 31 57 70

# عيادة تشخيص و استكشاف أمراض القلب و التردد Cabinet de Consultation et d'Exploration Cardio Vasculaire

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



الدكتور عبد السلام السبتي  
اختصاصي في أمراض القلب  
خريج كلية الطب بتوولوز - فرنسا

Casablanca, le \_\_\_\_\_

18/06/2020

## NOTE DES HONORAIRE

Patient : Mme BENGHAFIR MINA

### Examen :

CONSULTATION + ELECTROCARDIOGRAMME

..... 300DH  
ECHODOPPLER CARDIAQUE

..... 1000 DH

Arrêter la facture à la somme de mille trois cent dirhams

Dr. Abdesselam SEBTI  
B. Cardiologue  
33, Rue du Yamen (ex. Soldat Jouvencel) - Bd. 11 Janvier - Casablanca - Tél. : C. : 05 22 44 75 81/05 22 31 57 70

E-mail : drsebti@hotmail.com

33, زنقة اليمن - شارع 11 يناير - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 44 75 81 / 05 22 31 57 70  
33, Rue du Yamen (ex. Soldat Jouvencel) - Bd. 11 Janvier - Casablanca - Tél. : C. : 05 22 44 75 81/05 22 31 57 70

# عيادة تشخيص واستشاف لامراض القلب والشرايين

## Cabinet de Consultation et d'Exploration Cardio Vasculaire

Dr. Abdesselam SEBTI

Cardiologue

Diplôme de la Faculté de Médecine  
de Toulouse - France



الدكتور عبد السلام السبتي

اختصاصي في أمراض القلب

خريج كلية الطب بتولوز - فرنسا

NOM : BENGHAFIR

PRENOM : MINA

DATE : 18/06/2020

Examen pratiqué sur Echographe HITACHI ARIETA 850

### COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE DOPPLER CARDIAQUE COULEUR

#### A L'ECHOGRAPHIE :

Le ventricule gauche : légère hypertrophie concentrique et prédominant sur le septum inter-ventriculaire .

Epaisseur pariétale à la limite supérieure de la normale .

Les cavités ventriculaires droites ne sont pas dilatées .

DTD : 58 mm / DTS : 20 mm / FR : 39 % .

FE par méthode SIMPSON : 68%

Ep.P .Ant : 12mm / Ep.P Post : 12 mm / VD : 32 mm .

O.G : 35 mm/ Aorte : 30 mm.

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.

OG de taille normale . dilatation de l'aorte initiale à 52 mm . Rapport OG/AO : 1,19 .

Pas d'épanchement péricardique .

Pas de thrombus intracavitaire .

Pas d'anomalie actuellement visible .

#### AU DOPPLER COULEUR :

##### FLUX MITRAL

E = 72,2 cm/s

A = 67,7 cm/s

E/A = 1,07

VMT Dec = 160 cm/sec

Pression de remplissage du VG normale

Il existe une onde A>E .

Minime fuite mitrale grade 1-2 sur 4

Fuite aortique grade 2.

Absence de gradient trans valvulaire significatif

Il existe une petite IT qui permet de calculer la PAPs à 5+ 10 = 15 mmHg .

#### CONCLUSION :

Echographie Doppler Cardiaque Couleur montre une légère hypertrophie

Concentrique du VG avec une fonction systolique conservée .

Minime fuite mitro aortique au doppler couleur.

A signaler une calcification de l'aorte initiale à 52 mm.

Examen à recontroler dans 9 mois à 1 an.

E-mail : drsebti@hotmail.com

05 22 44 75 81 / 05 22 31 57 70 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 44 75 81 - 33، زنقة اليمان - شارع 19 يانvier

33, Rue du Yamen (ex. Soldat Jouvencel) - Bd. 11 Janvier - Casablanca - Tél. : C. : 05 22 44 75 81/05 22 31 57 70

Abdesselam SEBTI  
Cardiologue  
Soldat Jouvencel  
Bd. 11 Janvier - Casablanca - Tél. : 05 22 44 75 81/05 22 31 57 70

