

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.

Éducation :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Déclaration de Maladie : N° P19- 0023741

Maladie

Dentaire

18226

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1723

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

LACHIKAR HALIMA

Nom & Prénom : HADDIQUI ABDELHAK Date de naissance : 03/10/1953

Adresse : RUE 1 N° 44, NASROLAH BERRECHI

Tél. : 0668448738 Total des frais engagés : 19900 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/10/1960

Nom et prénom du malade : LACHIKAR HALIMA Age : 59

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HTA polypose

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.

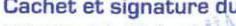
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le 28/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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 Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 22/03/2020 | Contrôle | | gratuit |  Dr. KARIM CARDIOLIST 1, rue de la Paix, 92110 Clichy Téléphone : 01 41 22 00 00 - 06 05 22 33 |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| PHARMACIE NADJIB AMAL N° 327 - BORJ CHAOUKI LUC TELE: 0522 51 67 10 | 22/01/2022 | 203,60 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
|  | 22/01/2023 | ETT | 1750,00 \$ |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODT.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| | T |

[Création, remont, adjonction]

fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

EN ATTENDANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. KHADRE MOHAMED FOUD

Cardiologue

Lauréat de la faculté de médecine de Casablanca
 Ancien Médecin à l'hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca
 Ancien Médecin praticien à Klinikum Lüdenscheid Allemagne
 Diplômé en Echocardiographie Doppler de l'université Bordeaux II



د. خضر محمد فؤاد

أخصائي أمراض القلب والشرايين

دكتور كلية الطب بالدار البيضاء

طبيب سلامة مستشفى الشيف خالدة بالدار البيضاء

طبيب سلامة مستشفى لودشانيد بمالطا

حاصل على شهادة الفحص بالصداق من جامعة بروجوريستس

Ordonnance

Berrechid, le :

BERRECHID LE 22 Janvier 2020

Mme LACHKAR HALIMA

1/ REGIME PAUVRE EN SEL

2/ IRVEL 150MG

1 Cp/J le matin à jeun

3/ NEBILLET 5MG

1/2 Cp/J à midi

4/ ASKARDIL 75MG

1Cp/J à midi après repas

5/ BELMAZOL 20MG

1 gel/J le soir

6/ FEBRATE 160MG

1 gel/J le soir

Traitement pendant : 2 Mois

LOT : 2283

EXP. : 09/22

PPC : 87,90 DH

11. BOULEVARD MOHAMED V, BUREAU N°1, 1^e étage - BERRECHID
 Tél. : 0522 32 83 03 / 0522 32 83 33 - En cas d'urgence. : 0661 85 14 80

PHARMACIE NASROLAH
 DR. KHADRE MOHAMED FOUD
 11. BOULEVARD MOHAMED V, 1^e étage - BERRECHID
 Tél. : 0522 32 83 03 / 0522 32 83 33

Dr. KHADRE MOHAMED FOUD
 CARDIOLOGUE
 11. BOULEVARD MOHAMED V, 1^e étage - BERRECHID
 Tél. : 0522 32 83 03 / 0522 32 83 33

Cabinet de cardiologie
DR KHADRE Mohamed Fouad

Berrechid, le 22/01/2020

Note d'honoraires

Nous exprimons nos sincères salutations à

Mr/Mme LACHKAR. HALIMA

Lui adresse, selon l'usage, sa note

d'honoraires... Echocardiogramme = 750,00 DH

Faisant la somme de

Septcent cinquante dinars

Dr. KHADRE MOHAMED FOUD
CABINET DE CARDIOLOGIE
11, Bd Med V, 10000 CASABLANCA
Tel: 0522.32.81.15 BPR 22.03.22
Cachet et signature

Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD

Cardiologue

Lauréat de la faculté de médecine de Casablanca

Ancien Médecin à l'hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca

Ancien Médecin praticien à Klinikum Lüdenscheid Allemagne

Diplômé en Échocardiographie Doppler de l'université Bordeaux II



د. خضر محمد فؤاد

أخصائي أمراض القلب والشرايين

خريج كلية الطب بالحسيمة

بيب سابق بمستشفى الشيفخة بالحسيمة

طبيب سابق بمستشفى لودلشاید بألمانيا

حمل على شهادة الفحص بالصداق من جامعة بوردو بفرنسا

Information patient

Nom : LACHKAR

PRENOM : HALIMA

DATE : 22/01/2020

MEDECIN TRAITANT : DR.M.F. KHADRE

COMPTE RENDU D'ECHOCARDIOGRAPHIE

- VG non dilaté, non hypertrophié, de bonne contractilité globale et segmentaire FEVG à 59%.
- Profil mitral type anomalie de relaxation $E/A = 0.76$, PRVG basses $E/e' = 5.77$.
- Massif auriculaire : OG dilatée libre d'échos. (SOG à 24cm^2)
OD non dilatée libre d'échos. (SOD à 11cm^2)
- Valve mitrale, IM modérée, pas de RM.
- Valve aortique, sans fuite, ni sténose.
- Cavités droites non dilatées, Bonne fonction systolique du VD.
- IT minime estimant la PAPS à $20+5=25\text{mmHg}$.
- VCI à 14mm non dilatée, compliant.
- Péricarde sec.

Conclusion :

Bonne fonction bi-ventriculaire, FEVG à 59%.

IM modérée.

Pas d'HTP.

Signé: Dr M.F. KHADRE

Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD
Cardiologiste
Boulevard Mohamed V, Bureau N°16 BERRECHID
Tél: 0523 52 37 07 / 0523 72 37 07

