

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-481083

MD = 24805



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Autres

Matricule :

Actif

1380

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 : Mohammed

Le : 28/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

El Khaier

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
13/10/12	Le 14/10/12		700,00	INP 09/11/2012

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Cabinet de Consultation Et D'exploration

Cardiovasculaire Elalia

Dr Soumia MHANNA

Spécialiste en pathologie cardiovasculaire
 Echocardiographie doppler
 Holter tensionnel et rythmique
 Epreuve d'effort
 Diplômée en Echocardiographie
 de l'université Bordeaux 2
 Ancienne interne au CHU de Bicêtre Paris

الدكتورة سومية منهنا

أخصائية في أمراض القلب والشرايين
 الفحص بالصدى والتخطيط الكهربائي
 التسجيل المستمر للضغط الدموي وتخطيط القلب
 تخطيط القلب أثناء الجهد
 حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى من جامعة
 بوردو 2
 طبيبة داخلية سابقاً بمستشفيات باريس

MOHAMMEDIA LE

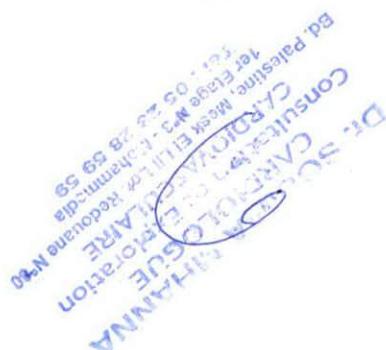
el khafer abdelwahed
 MOHAMMEDIA Maroc

Note d'honoraire

Fait le : 19/02/2020

Désignation	Montant
Contrôle	0,00
Echo Doppler Cardiaque	700,00
<i>TOTAL</i>	700,00

Arrêtée la présente honoraire à la somme de : Somme arrêtée à : sept cents dirhams



ICE : 001560418000082 PATENTE N°: 39350695

Cabinet de cardiologie Dr Soumia Mhanna

GE Healthcare Hospital
Ultrasound Laboratory

Name **EL KHAIER ABDELWAHED**

Date **19/02/2020**

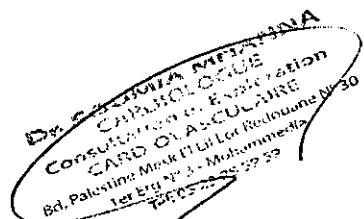
Birthdate

Patient Id **236-2020**

2D		M-Mode		Doppler
OG Surf	16.4 cm ²	SIVd	0.8 cm	VM E Vit 0.73 m/s
		VGd	4.9 cm	VM T.déc 202 ms
		PPVGd	0.9 cm	VM Pente Dec 3.6 m/s ²
		SIVs	1.5 cm	VM A Vit 0.83 m/s
		VGs	2.5 cm	VM E/A Ratio 0.88
		PPVGs	1.3 cm	E' 0.09 m/s
		Vol.Téléd.(Teich)	114 ml	E/E' 7.82
		Vol.Télés.(Teich)	23 ml	IT Vmax 1.98 m/s
		FE(Teich)	79 %	IT GDmax 15.73 mmHg
		FR%	48 %	
		Vol.Eject.(teich)	90 ml	
		Mas. VGd	168.73 g	
		Mas.VG.syst.	124.64 g	
		Mas. VGd(ASE)	146.47 g	
		Mas.VG.syst. (ASE)	111.20 g	
		Ao Diam	2.5 cm	
		OG Diam	3.9 cm	
		OG/Ao	1.56	

CONCLUSION:

- VG non dilate non hypertrophie de Bonne fonction systolique pas de tr de cinetique segmentaire
- Pressions de remplissage normales
- Pas de valvulopathies significatives
- VD non dilate de bonne fct longitudinale
- Pas d HTAP
- aorte abd et initiale de taille normale
- OG non dilate a 16cm2



Print Date: 19/02/2020

Images report: 6 images

GE Healthcare Hospital
Ultrasound Laboratory

Name **EL KHAIER ABDELWAHED**
Patient Id **236-2020**

Date **19/02/2020**
Sonographer Default user
Diagnosis Dr.

Image 1



Image 2

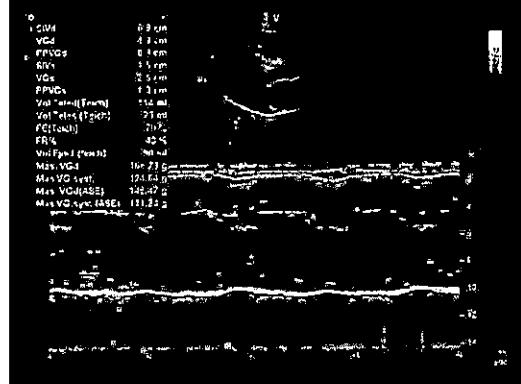


Image 3

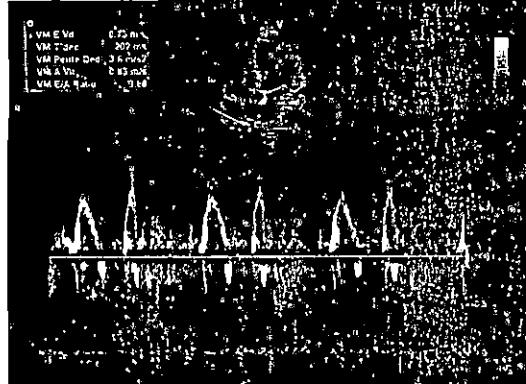


Image 4

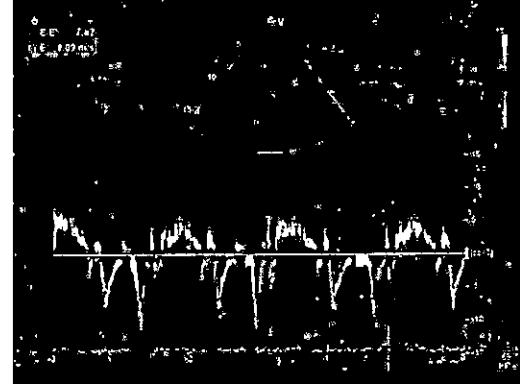


Image 5

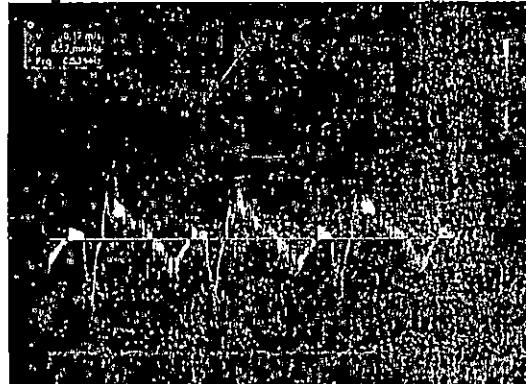


Image 6

