

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.

Biologie 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

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° M20- 0008261

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique **56539** ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1470** Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : **LAGHRIB AHMED**
Date de naissance : **01/01/1984**
Adresse : **150 lot coop EL WAFI, Derboua**
Tél. : **06 66 24 33 06** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin : 
Date de consultation : **20/01/2021**
Nom et prénom du malade : **LAGHRIB AHMED** Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : **Pathologie chronique**
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) :

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
20.01.21	CS + ECG		250.017	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE DEROUA
EL HAIK FOUDA
PHARMACIEN
Centre Commercial Deroua
Tél: 05 22 51 77 / Fax: 05 22 51 75

20
01
21
399,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

20.01.21 Echocardiographie 500.017

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

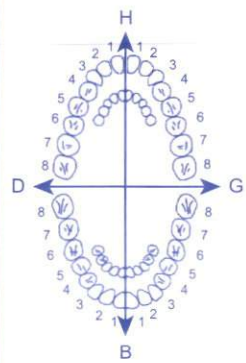
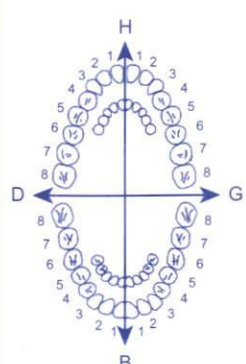
AM PC IM IV

RELEVÉ 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

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div> <p>G</p> </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT 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

Antile Bd Mohamed V et Rue Yacoub El Mansour - Rés. H. Ahmed Berrechid
Entrée B - 1er Etage - N°1 - Berrechid - Tél: 05 22 51 76 61

Française de Cardiologie

* Membre de la Société

de France

* Ancien praticien des Hôpitaux

* Rythmologie

PARIS

de la faculté de Médecine de

* Diplôme de Cardiologie du sport

de NANCY

de la faculté de Médecine

* Diploma d'archeologia

ADNVDN 0P 00:00P;N 0P

* Diplôme d'étude spécialisée

|| སྐུ་འཁོར་ལྷན་པོ་ ||

• သဘာဝ ဝန် || ပုံစံပုံ || အားသာမှု

የሥነ ምግባር ስርዓት

• ଅର୍ଥାତ୍ ଅର୍ଥାତ୍ ଅର୍ଥାତ୍

ငါ့ရဲ့ ဂုဏ်ထူးဆောင်

• **ငါ့ရင်က ဖုန်းတုတ်နေတာနဲ့ နားထောင်နေတာနဲ့**

ದ್ರಾವಿಡ ಭಾಷೆಗಳು

- എൻഡോക്രൈൻ സിസ്റ്റം

ਸ੍ਰੀਮਤਿ ਜਗਦੀਸ਼ ਸਿੰਘ ਸਾਹਿਬ

• ତାହାହେଁ ଲାଞ୍ଜପାତା ଡକ୍ଟର ମାମୁଁ ।

2663

N'S

A'S

A'S

A's

warps

Mme/Mr :

Berechide : $100 \times \frac{1}{2} = 50$

[illegible]

Dr. Mourad FILALI LEMBERSI
Spécialiste en Cardiologie et Maladies Vasculaires
د. مورت الفلالي لعمرسى
أخصائي في أمراض القلب و الأوعية الدموية

Dr. Mourad FILALI LEMBERSI
Spécialiste en Cardiologie et Maladies Vasculaires
د. مورت الفلالي لعمرسى
أخصائي في أمراض القلب و الأوعية الدموية

22,10



6 118001 100873

Cardensiel® 5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 58,10 DH

7862160239

LOT: N05

PER: 03-2022

PPV: 159,60 DH

rimés pelliculés

PPV :
Exp :
N° Lot :

20,00



PPV :
Exp :
N° Lot :

20,00



PPV :
Exp :
N° Lot :

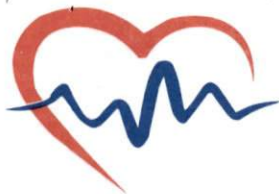
20,00

PPV: 159,60 DH
PER: 03-2022
LOT: N05

Dr. Mourad FILALI LEMDERSI

Spécialiste en Cardiologie et Maladies Vasculaires

- * Diplôme d'étude spécialisée en Cardiologie de la faculté de Médecine de NANCY
- * Diplôme d'échocardiographie de la faculté de Médecine de NANCY
- * Diplôme de Cardiologie du sport de la faculté de Médecine de PARIS
- * Rythmologie
- * Ancien praticien des Hôpitaux de France



N° 000194

د. مراد الفيلالي لهدرسى

إختصاصى فى أمراض القلب و الشرايين

- دبلوم التخصص فى أمراض القلب بكلية الطب بتونس
- دبلوم فى الفحص بالصدى بكلية الطب بتونس
- دبلوم فى أمراض القلب الرياضية بكلية الطب بباريس
- أمراض إيقاع القلب
- طبيب سابقا بمستشفيات فرنسا

Mme/Mr : LAMRIB JAMOD

Berrechid le : 20/01/2021

Consultation : 800 DHA

Echo cardiographie : 500 DHA

Holter ECG : /

Holter TA : /

Total : 700 DHA

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Sept cent cinquante dinars

Mode de règlement : aprec

Patente : 40700983 - IF : 37512412 - ICE : 002283173000060

Angle Bd Mohamed V et Rue Yacoub El Mansour - Rés Haj Ahmed Berrechid

Entrée B - 1er Etage - N°1 - Berrechid - Tél: 05 22 51 76 61

Email: filali.cardiologie@gmail.com - **Gsm Urgence: 06 84 84 15 84**

ID:
LAGHRIB, AHMED
HOMME 01/01/1954 (67 ANS) NON PRÉCISÉ
TAILLE: --- cm POIDS: --- kg TA: ---/---
TRAITEMENT:
OPÉRATEUR:
NOTES:

20/01/2021 15:31
FC: 75 bpm
PR: 164 ms Non confirmé
QRSd: 92 ms
QT/QTc: 370/396 ms
QTcB: 413 ms
QTcF: 398 ms
R v5-6 /S v1 1,22/1,28 mV
Sok-Lyon: 2,50 mV
AXES: 41/4/-153 °



Dr FILALI LEMDERSI

Echographie Cardiaque

Nom : LAGHRIB, AHMED

Taille : 0.0 cm

Surf. Corp. :

Date : 20/01/2021

Poids : 0.0 kg

Né(e) le : 01/01/1954

Médecin : Dr FILALI

LEMDERSI

Mesures 2D

Ss Ao Diam 2.15 cm
OG Surf 20.28 cm²

Mesures TM

Valve Tricuspidale

IT Vmax 1.48 m/s
IT GDmax 8.77 mmHg

Valve Pulmonaire

Fonction VD

Valve Aortique

Ss Ao Vmax 0.91 m/s
Ss Ao Vmoy 0.63 m/s
Ss Ao GDmax 3.28 mmHg
Ss Ao GDmoy 1.76 mmHg
Ss Ao env.Ti 304.90 ms
Ss Ao ITV 19.11 cm
FC 78.71 BPM
VA Vmax 1.04 m/s
VA Vmoy 0.77 m/s
VA GDmax 4.29 mmHg
VA GDmoy 2.56 mmHg
VA Env.Ti 283.12 ms
VA ITV 21.77 cm
FC 80.24 BPM
Vol.eject.VG 69.23 ml
Débit Card. 5.45 l/min
IP 0.88
Surf.Ao(ITV) 3.18 cm²

Valve Mitrale

VM E Vit 0.51 m/s
VM T.déc 181.62 ms
VM Pente Dec 2.82 m/s²
VM A Vit 0.64 m/s
VM E/A Ratio 0.81
VM PHT 52.67 ms
VM Surf (T1/2) 4.18 cm²

Fonction Diastolique

Conclusions

VG non dilate

La FE qui a recupere, actuellement a 55-60 % avec une hypokinesie apicale mais disparition quasi complete du thrombus intraVG

TV ss a 19

Pas de valvulopathie mitro aortique

CD non dilatees

Pas d htap

pericarde sec

Dr FILALI LEMDERSI