

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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° P19- 0039739

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07633 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZGHADAIDA - HABIB

Date de naissance : 01/01/1955

Adresse : 126, Lot AL Moustaqsol, Sidi Maarouf

Casa

Tél. : 06 66 16 36 98 Total des frais engagés : 1990,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/03/2021

Nom et prénom du malade : ZGHADAIDA - HABIB

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

Nature de la maladie : Affection Cardiologique

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 : Casablanca Le : 02/03/2021

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
02/03/2021		8+60	30000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien ou du Concessionnaire	Date	Montant de la Facture
	02/03/2021	8000

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
05/03/21 Echographie		80000	

AUXILIAIRES MEDICAUX

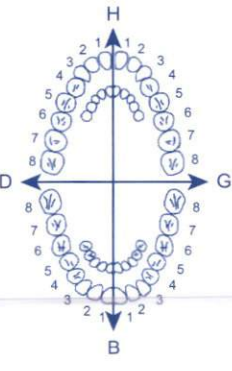
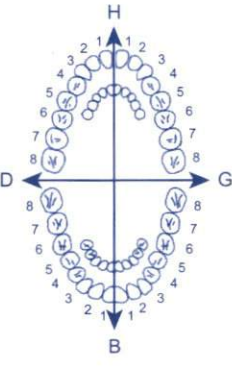
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR HANANE BOUTKHEM

Spécialiste des maladies du coeur
et des vaisseaux

DIPLÔME D'ECHOCARDIOGRAPHIE
UNIVERSITÉ DE BORDEAU - FRANCE

HYPERTENSION ARTÉRIELLE - ECG

ECHO-DOPPLER COULEUR CARDIAQUE ET VASCULAIRE

HOLTER TENSIONNEL - HOLTER RYTHMIQUE - EPREUVE D'EFFORT

الدكتورة حنان بوتخامت

اختصاصية في أمراض القلب
و الشرايين و ارتفاع الضغط الدموي

حاصلة على دبلوم الإيكوغرافيا
جامعة بوردو - فرنسا

تخطيط القلب - الفحص بالصدى و الدوبلير بالألوان
تسجيل تخطيط القلب و الضغط الدموي على مدى 24 ساعة
فحص الجهد

Nom : الإسم :

Mr ZGHAIDIDA HABIB

Casablanca, le : الدار البيضاء، في :

02/03/2021

1 - Amlor 10 mg (07 Btes)

1 Comprimé, matin, après les repas,

2 - D-cure forte

1 dose par jour chaque semaine pendant 01 mois puis 1 dose
par jour chaque 15 Jours, pendant 03 mois

REGIME PEU SALE / TRAITEMENT A NE PAS ARRETER
JUSQU'AU PROCHAIN RDV



PHARMACIE DE LA DECOUVERTE SARL AU
Lot. Al Moustakbal, Lot. N° 7
Route 1029, Sidi Maarouf - Casablanca
Tél. : 0522 97 32 23 - Fax : 0522 97 57 46

PHARMACIE DE LA DECOUVERTE SARL AU
Lot. Al Moustakbal, Lot. N° 7
Route 1029, Sidi Maarouf - Casablanca
Tél. : 0522 97 32 23 - Fax : 0522 97 57 46

إقامة نعيم، شارع أبو بكر القادري، شقة 7 عمارة 4 - سيدي معروف - الدار البيضاء - فوق قيسارية الذهب الأميرات
Résidence Naim, Avenue Abou Bakr El Kadiri, Appt 7, Immeuble 4, Sidi Maarouf - Casablanca

Au dessus du centre de bijouterie les princesses

Tél. : +212 5 22 58 46 28 / Gsm : +212 6 48 27 11 97 / Email : cabinetcardiologiehanane@gmail.com

INPE : 091200071



AMLOT 10 mg
28 COMPRIMÉS

UT.AV : 9 2 5

P.P.V.

9 8 9

LOT N° : 1 2 3 4 5 6

98,90



AMLOT 10 mg
28 COMPRIMÉS

UT.AV : 9 2 5

P.P.V.

9 8 9

LOT N° : 1 2 3 4 5 6

98,90



AMLOT 10 mg
28 COMPRIMÉS

UT.AV : 9 2 5

P.P.V.

9 8 9

LOT N° : 1 2 3 4 5 6

98,90



AMLOT 10 mg
28 COMPRIMÉS

UT.AV : 9 2 5

P.P.V.

9 8 9

LOT N° : 1 2 3 4 5 6

98,90



AMLOT 10 mg
28 COMPRIMÉS

UT.AV : 9 2 5

P.P.V.

9 8 9

LOT N° : 1 2 3 4 5 6

98,90



AMLOT 10 mg
28 COMPRIMÉS

UT.AV : 9 2 5

P.P.V.

9 8 9

LOT N° : 1 2 3 4 5 6

98,90



AMLOT 10 mg
28 COMPRIMÉS

UT.AV : 9 2 5

P.P.V.

9 8 9

LOT N° : 1 2 3 4 5 6

98,90

D-CURE® FORTE

3 ampoules buvables

PPV: 49,60 DH

LOT: 20J13

EXP: 10/2023

D-CURE® FORTE

3 ampoules buvables

PPV: 49,60 DH

LOT: 20E25

EXP: 05/2023

D-CURE® FORTE

3 ampoules buvables

PPV: 49,60 DH

LOT: 20J13

EXP: 10/2023

D-CURE® FORTE

3 ampoules buvables

PPV: 49,60 DH

LOT: 20J26

EXP: 10/2023

CABINET DE CONSULTATION ET D'EXPLORATION CARDIO-VASCULAIRE

Dr HANANE BOUTKHEMT

CASABLANCA, le 05/03/2021

NOM : HABIB ZGHADIDA

NOTE D'HONORAIRES

ECHO-DOPPLER CARDIAQUE..... 800 DH

TOTAL 800 DH

Cette note d'honoraire est arrêtée à la somme de huit cent dinars.



ECHOCARDIOGRAPHIE TRANSTHORACIQUE

Mr HABIB ZGHAIDIDA 66 ans

1- VENTRICULE GAUCHE :

Diamètre télédiastolique : 49 mm

Diamètre télésystolique : 27 mm

Epaisseur septale : 13 mm

Epaisseur paroi postérieure : 11 mm

VG non dilaté à siège d'une hypertrophie septale à fonction systolique sans anomalie de la cinétique pariétale de repos.

FEVG 76 % FR 45 %

2- OREILLETTE GAUCHE :Non dilatée : 45 mm SOG 14 cm²3- VALVE MITRALE :

Feuillets non épaissis sans fuite ni sténose.

E/A \leq 14- VALVE AORTIQUE :

Trois sigmoïdes aortiques non épaissis non calcifiées.

Absence de fuite aortique ou de sténose.

5- CAVITES DROITES :VD et OD non dilatés SOD 16 cm²

Bonne fonction systolique du VD : TAPSE 23 mm S'= 14 cm/s

VCI non dilatée.

Absence d'HTAP.

6- PERICARDE

Normal.

CONCLUSION :

ASPECT DE CARDIOMYOPATHIE HYPERTENSIVE AVEC :

- HYPERTROPHIE SEPTALE NON OBSTRUCTIVE.

- TROUBLE DE LA RELAXATION DIASTOLIQUE DU VG.

CAVITES CARDIAQUES DE TAILLE NORMALE.

BONNE CINETIQUE PARIETALE SEGMENTAIRE ET GLOBALE DU VG.

BONNE FONCTION SYSTOLIQUE DES DEUX VENTRICULES.

ANEVRYSME DU SEPTUM INTER-AURICULAIRE SANS DEFECT SEPTAL.

ABSENCE D'HTAP.



Dr Hanane BOUTKHEMT

ECG

Nom : ZGHADIDA HASSIB

Male

Age : 66Y

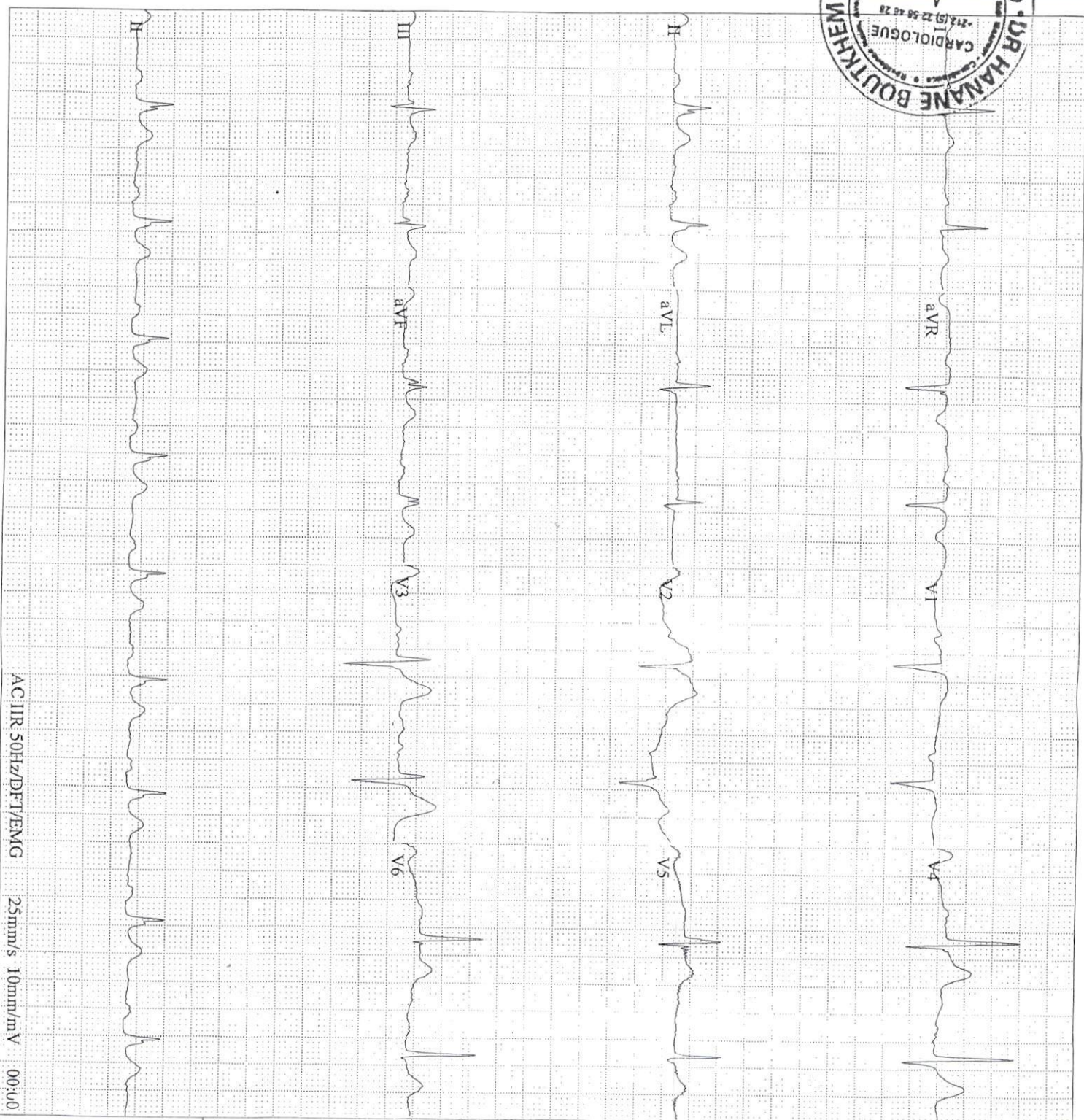
Clinique N :

SN : 0005910

Case No. :

Lit No. :

Date :



AC IIR 50Hz/DT/ENG 25mm/s 10mm/mV 00:00

Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	214 ms
Temps d'écha	9s	QT Interval:	364 ms
HR:	71bpm	QTc Interval:	396 ms
P Interval:	104ms	P Axis:	77.20°b
QRS Interval:	105 ms	QRS Axis:	52.90°b
T Interval:	223 ms	T Axis:	64.20°b

Prompt:



Signature Medecin :

