

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.

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° W19-517720

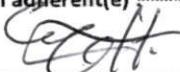
par
Sauvain
75941

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 308		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : ESSAKHIA HALIMA		
Date de naissance : 05/08/1947		
Adresse : 159 AVE Houssain EL FARWARI		
Tél. : 0537636213 Total des frais engagés : 1000 DHS		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : Dr. Nathalie FATHI CHELLET CARDIOLOGUE 36, Rue Abou Faris Al Marin 1er Etage - Tél./Fax: 0537 70 79 29 ICE: 00167944100007	
Date de consultation : 08/06/2021	Age: 1947
Nom et prénom du malade : ESSAKHIA Halima	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : précardiologie	
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

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 08/06/2021

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W19-517720
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	
Date de dépôt :	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture Flag 161 ICE 101617944

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Nathalie FATHI CARDIOLOGUE 36, Rue Abou Faris Al Marini 5 ^{me} Etage, Tel/Fax: 0537 70 79 29 00167944400082	28/07/2012	echodopls Cardiogr	70000 dt

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

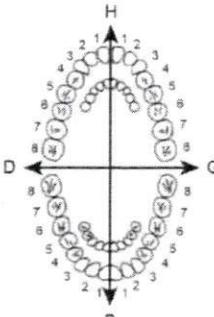
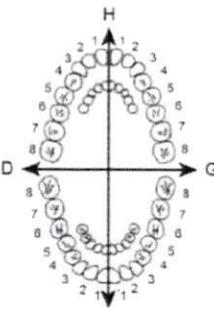
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle

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'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
					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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G B			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession					

Docteur Nathalie FATHIHI

CARDIOLOGUE

Spécialiste des maladies
cardio-vasculaires

36, Rue Abou Faris Al Marini - Rabat
Tél.: 05.37.70.79.29 - GSM : 06.61.14.39.49

Fax : 05.37.76.16.86

E-mail : nathalie.fatihi@gmail.com

Sur Rendez-vous

Rabat, le

08/06/2021

الاختصاصية في أمراض

القلب والشرايين

زنقة أبو فارس المرني - الرباط

06.61.14.39.49 : 05.37.70.79.29 ☎

الفاكس : 05.37.76.16.86

البريد الإلكتروني : nathalie.fatihi@gmail.com

بالموايد

FACTURE

Mme ESSAKHI H-dima

- Consultation + ECG = 300,00
- Echodoppler Coeur = 700,00

$\sum = 1000,00$ DH

ANNEXE La présente facture à la somme
de mille dirhams

Dr. Nathalie FATHIHI CHELET
CARDIOLOGUE
36, Rue Abou Faris Al Marini
1er Etage-Tél. Fax: 0537707929
ICE : 001679444000087

Docteur Nathalie FATHIHI
CARDIOLOGUE
Spécialiste des maladies
cardio-vasculaires

36, Rue Abou Faris Al Marini - Rabat
Tél.: 05.37.70.79.29 - GSM : 06.61.14.39.49
Fax : 05.37.76.16.86
E-mail : nathalie.fatihi@gmail.com
Sur Rendez-vous

Rabat, le

08/06/21

الدكتورة نطالي الفاتحي

اختصاصية في أمراض
القلب والشرايين

36, زنقة أبو فارس المرني - الرباط
المتقل : 05.37.70.79.29 ☎
الفاكس: 05.37.76.16.86:
البريد الإلكتروني : nathalie.fatihi@gmail.com
بالموايد

الرباط، في

n° ESSAKHI Hôpital

Re Rx n° 450 = 18
nuit et Soir
1/2

Dr. Nathalie FATHI CHELET
CARDIOLOGUE
36, Rue Abou Faris Al Marini
1er Etage-Tél/Fax: 0537 70 79 29
ICE : 001679444000087



RAPPORT D'ECHO-DOPPLER CARDIAQUE

NOM : ESSAKHI

Age : 73 ans Poids : 50 Kg
Echogénicité : BONNE TA: 120/80 mmHg

PRENOM : HALIMA

Surface corporelle : 1.52 cm²
Fréquence cardiaque : 75/mn

MOTIF DE L'EXAMEN BILAN

ETUDE PLANIMETRIQUE	VALEURS	NORMALITE
Diamètre télendiastolique de VD	15	9 - 26 mm
Diamètre télendiastolique du VG	42	37 - 56 mm
Diamètre télésystolique du VG	24	20 - 37 mm
Diamètre télendiastolique de l'OG	31 17 cm ²	23 - 35 mm
Diamètre télendiast. de l'Aorte	22	20 - 35 mm
Ecart intersigmoïdien	20	16 - 25 mm
Diamètre télendiastolique du SIV	8	6 - 11 mm
Diamètre télendiastolique de la PP	7	6 - 11 mm
Pourcentage de raccourcissement	42	30 - 40 %
Fraction d'éjection	74 78% mode Simpson	60 - 75 %
Masse ventriculaire	-	70 -130 gr/m ²
Débit et index cardiaque		5 - 6 l/mn
Diamètre de l'aorte horizontale	-	23 - 29 mm
Diamètre du tronc de l'AP	19	18 - 23 mm

ANALYSE MORPHOLOGIQUE ET FONCTIONNELLE

ANALYSE DES CAVITES CARDIAQUES

- ◊ Ventricule gauche non dilaté, non hypertrophié, de contractilité globale et segmentaire normale . Rapport VD/VG = 1
- ◊ Oreillette gauche non dilatée 18 cm² , absence d'écho intra-cavitaire
- ◊ Cavités droites : OD un peu dilatée 20 cm² Tapse 25

STRUCTURES VALVULAIRES

- ◊ **Valve mitrale** : valve mitrale remaniée , mais souple , sans prolapsus
- ◊ **Valve aortique** : 3 cuspides, d'ouverture normale, non remaniée,
- ◊ Valve pulmonaire visualisée
- ◊ Valve tricuspidale normale

PERICARDE

Absence d'épanchement péricardique ou d'épaississement péricardique.

AUTRES ANOMALIES

Aorte ascendante non dilatée : 29 mm
Tronc de l'artère pulmonaire non dilatée 20
VCI compliant et non dilatée 12 mm

DOPPLER PULSE ET CONTINU

Flux	Vmax m/s	ITV cm
mitral	0.67	22
aortique	1.08	23
tricuspidien	-	-
pulmonaire	0.74	17

Flux mitral : aspect normal E/A sup 1
Pressions de remplissage normales
Flux aortique : pas d'obstacle
HTAP : IT à 2.4 m/s, estimée à 45 mmHg
Fuite mitrale 1/4

DOPPLER COULEUR

Fuite mitrale minime
Fuite tricuspidienne

CONCLUSION

Légère dilatation des cavités droites
Fuite mitrale 14
Très bonne fonction systolique du VG
Pas de trouble de la contractilité segmentaire
Pas de péricardite

Dr.Nathalia FATHI CHELLET
CARDIOLOGUE
36, Avenue Faris Al Marini
1er Etage, 1000
ICE : 001679444000087