

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

MUPRAS
RECEPTION

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8943 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ABAOUISS NOURZEDDINE

Date de naissance : 1962

Adresse : Bloc R n° 16 DEROUA

BERRECHID

Tél. Q. 0668444740 Total des frais engagés : 1115,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/06/2022

Nom et prénom du malade : BELKHAADRA HABIBA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Palpitations

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 : Dakar, le 06/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :





30 JUIN 2022

R ACCUEILLIR 06/06/2022

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
06/06/22	C.S + E.C.G		250,00 DH	
06/06/22	Echo coeur		700,00 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INPE: 06203303 22/03/2013	06.06.2013	165,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca
Diplômée de l'Université Paris Descartes en cardiologie pédiatrique
Ancien médecin interne du CHU Ibn Rochd - Casablanca
Ancien médecin interne des CHU de Paris

Echographie doppler cardiaque et vasculaire
Echocardiographie de stress
Holter ECG/ Holter Tensionnel / Epreuve d'effort



• **الدكتورة المريدي مني**

أخصائية في أمراض القلب والشرايين

خريجة كلية الطب والصيدلة الدار البيضاء

دبلوم أمراض القلب للأطفال بجامعة باريس

طبية داخلية سابقة بمستشفى ابن رشد - الدار البيضاء

طبية داخلية سابقة بمستشفيات الجامعية باريس

المحسن بالصدى الصوتي للقلب والشرايين

فحص القلب بالصدى عند الدهن

تسجيل الضغط الدموي ودقات القلب على المدى الطويل. تحضير الجهد

ORDONNANCE

Le 08/06/2018

Msme BELKAÏD Hafsa

95,00

1/

23,60 x 3

2/

Betam

S.V

PHARMACIE OULHAREN
Dr. OULHAREN H. AR
Bloc P. N° 2705 De
Tel: 05 22 63 4... 72

(1 boite)

Cardiofite S.V 100 mg
100 mg
100 mg

(100 mg)

T 165,80

Dr. MOURID MONIA

PHARMACIE OULHAREN
Dr. OULHAREN H. AR
Bloc P. N° 2705 De
Tel: 05 22 63 4... 72

تجزئة التسليم رقم 26 عمارة ديار العلوي رقم 04 الطابق الأول- الدروة
Lottoissement Nassim N° 26 Immeuble Diar El Alaoui App N°4 1er étage - Deroua
0522031674 Urgences : 0660627007 cabinet.drelmourid@gmail.com

23,60

— —

23,60

Date de fabrication :
A consommer de
préférence avant fin :
N° de lot :

PPC = 95,00 DHS

04/2021
04/2024
0521116

23,60

Cabinet de Cardiologie et d'explorations cardio-vasculaires

Dr El MOURID Monia

ICE 002841634000069

INPE 061259198

Deroualé : 06/06/2022

FACTURE N° FC22060023

Mme BELKHADRA Habiba

Bilan	Montant
Echo doppler cardiaque	700,00 DH

SEPT CENTS DIRHAMS

SIGNE :

**Lotissement Nassim, Immeuble Diar El Alaoui, App 4, 1er etage, Deroua
0522031674**



Mme BELKHADRA Habiba

COMpte RENDU D'ECHOcardiographie

-VG non dilaté siège d'une hypertrophie concentrique modérée, de bonne contractilité globale et segmentaire, FEVG à 55%

-Profil mitral type normal, pressions de remplissage du VG non élevées.

-OG dilatée à 21 cm² libre d'échos.

-Valve mitrale remaniée siège d'une IM minime sans sténose.

-Valve aortique tricuspidé sans fuite ni sténose.

-Cavités droites non dilatées, de bonne fonction longitudinale systolique du VD.

-IT minime estimant la PAPs à 24+3=27mmHg

-VCI non dilatée compliant.

-Absence d'épanchement péricardique.

-Aorte de calibre normal dans les segments étudiés.

Au Total : Aspect de cardiopathie hypertensive, FEVG = 55%

Dysfonction diastolique

Absence de valvulopathie mitro aortique significative

Bon VD, Absence d'HTP

SIGNE DR EL MOURID MONIA

ID:
BELKHADRA, HABIBA

FEMME ---

TAILLE: --- POIDS: --- TA: ---/---

TRAITEMENT:

OPÉRATEUR:

NOTES:

06/06/2022 13:00:46

FC: 83
PR: 154
QRSd: 86
QT/QTc: 378/418
QTcB: 444
QTcF: 421
Rv5-e/Sv1: 1,51/0,88
Sok-Lyon: 2,40
AXES: 64/13/24

Rythme sinusal

--- Interprétation effectuée sans connaître l'âge du patient ---
ECG normal

Non confirmé

