

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

- 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.

M22- 0022857

Optique *126067* Autres

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *02445* Société : *R.A.M*

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *K. Benabdellah* *TAOUFIK*

Date de naissance : *03-07-56*

Adresse : *Marabilille*

Tél. : *06 29 46 89 65* Total des frais engagés : *900* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Anass Inchaouh
Cardiologue
Tél: 06 70 65 95 97

Date de consultation : *12/08/2022*

Nom et prénom du malade : *Dr. Benabdellah* *TAOUFIK* Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *ATL*

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : *0 ASA* Le : *16 AOUT 2022*

Signature de l'adhérent(e) : *TAOUFIK*

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médicin attestant le Paiement des Actes
12/08/2022	CS + ECG	300 dh		Dr. Anass Cardiologue Tél.: 06 70 55 95 97

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 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552	
	D	00000000	00000000	
	B	00000000	00000000	
	G	35533411	11433553	
[Création, remont, adjonction]	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DEBUT D'EXECUTION
	H	25533412	21433552	
	D	00000000	00000000	
	B	00000000	00000000	
	G	35533411	11433553	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			FIN D'EXECUTION
	H	25533412	21433552	
	D	00000000	00000000	
	B	00000000	00000000	
	G	35533411	11433553	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412	21433552	
	D	00000000	00000000	
	B	00000000	00000000	
	G	35533411	11433553	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552	
	D	00000000	00000000	
	B	00000000	00000000	
	G	35533411	11433553	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			DATE DU DEVIS
	H	25533412	21433552	
	D	00000000	00000000	
	B	00000000	00000000	
	G	35533411	11433553	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			DATE DE L'EXECUTION
	H	25533412	21433552	
	D	00000000	00000000	
	B	00000000	00000000	
	G	35533411	11433553	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

FACTURE N°226/2022

DATE 12/08/2022

NOM: KABAILOU BERRADA JAOUAD

DESCRIPTION	QUANTITÉ	PRIX UNITAIRE	TOTAL
CONSULTATION+ECG	1	250,00	250,00
ECHOGRAPHIE CARDIAQUE	1	650,00	650,00
SOLDE			900DH



MOROCCAN HEART INSTITUTE
780, Impasse Modibokeita
Tél.: 0522 83 00 83 / 0522 85 00 13
Fax : 05 22 98 96 96 - Pat. 34753457

Dr. Anass Inchaouh,
Cardiologue
Tél.: 06 70 55 95 97

Moroccan Heart Institute 780, Impasse MODIBO KEITA - Casablanca 20520

Tél.: 05 22 85 00 11 / 12 / 13 - Fax : 05 22 83 85 00 - ICE : 001859090000033 - Patente : 34753457 - I.F : 14421718 - CNSS : 9697866

Mr BERRADA JAOUAD

12/08/2022

COMPTE RENDU D'ECHOCARDIOGRAPHIE

MESURES TM:

SIV: 11mm, PP: 11mm, DTDVG: 50mm

MESURES 2D : OG : 20cm, OD : 16cm

MESURES DOPPLER :

Aorte: ITV ao: 29, ITV ssao: 20, Gmoy: 10mmhg

COMMENTAIRES :

- VG non dilaté, non hypertrophie; Bonne contractilité globale. FEVG estimée à 60%
- Massif auriculaire non dilaté
- Sigmoïdes aortiques tricusps sans fuite sans sténose
- Valves mitrales siège d'une fuite minime sans sténose.
- Cavités droites non dilatées. Bonne fonction longitudinale du VD (TAPSE : 24mm, S'VD à 13cm/s)
- IT minime estimant les PAPS à $30+5=35$ mmHg.
- VCI non dilatée, compliant.
- Péricarde sec.

CONCLUSION :

- Bon VG, FEVG à 60%
- PRVG basses
- Bon VD.
- Pas d'htp

MOROCCAN HEART INSTITUTE
780, Impasse Modibo Keita
Tel.: 0522 83 00 83 / 0522 85 00 13
Fax: 05 22 98 96 96 - Pat: 34753457

Dr. Anass Inchaouh
Cardiologue
Tel: 05 22 05 95 97



Moroccan Heart Institute 780, Impasse MODIBO KEITA - Casablanca 20520

Tél.: 05 22 85 00 11 / 12 / 13 - Fax : 05 22 83 85 00 - ICE : 00185909000033 - Patente : 34753457 - I.F : 14421718 - CNSS : 9697866

ID:berrada
Name:jaouad

Sex:Male

Birth Date: 19

Years

Aug-12-2022 8:16 PM

Medication:

cm

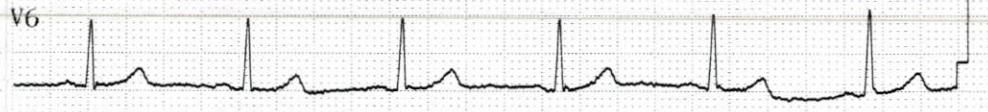
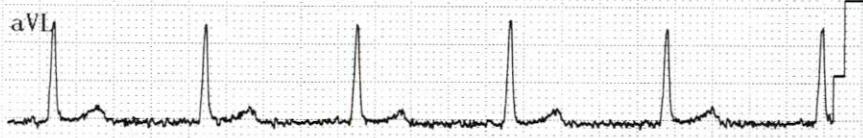
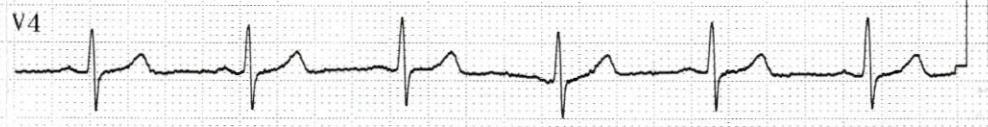
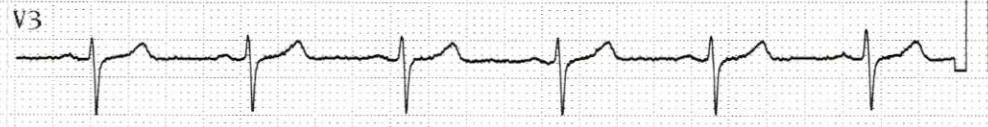
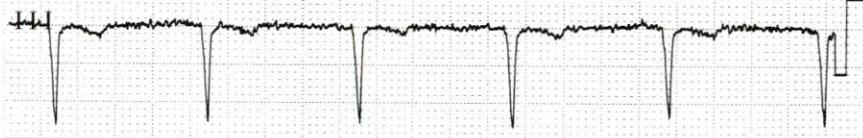
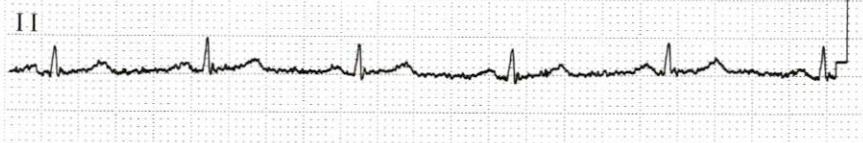
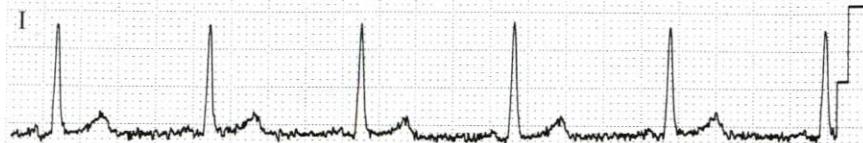
kg

mmHg

73 bpm

10 mm/mV 25 mm/s Filter: H50 d 100 Hz

10 mm/mV



1350K 01-71 02-40 Dept.:

Exam:

* ID:berrada
Name:jaouad
Sex:Male

Birth Date:

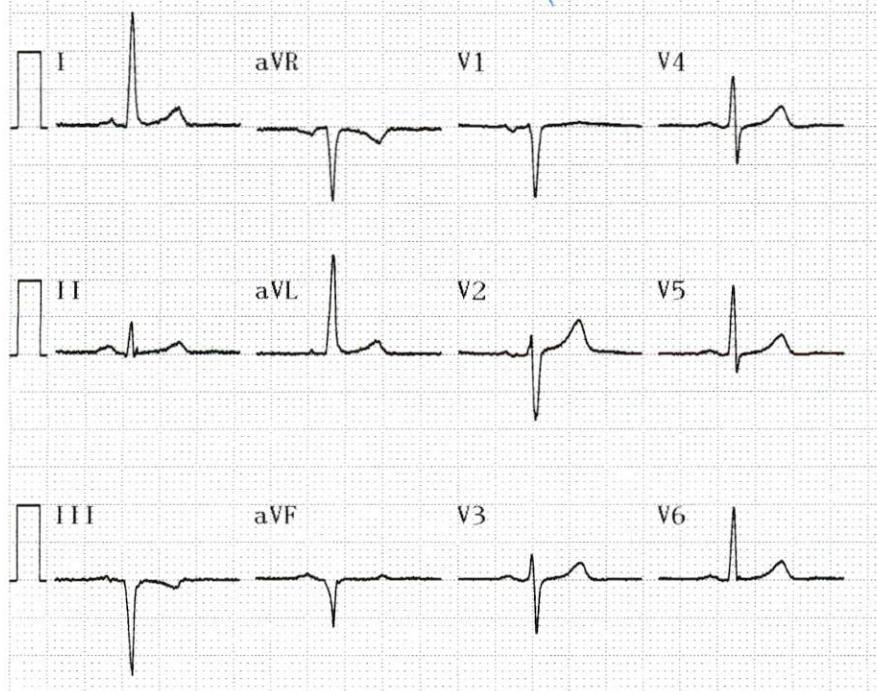
Years

	cm	kg	mmHg
Vent rate			72 bpm
PR int			128 ms
QRS dur			84 ms
QT/QTc int		366/ 391	ms
P/QRS/T axis	30/	-17/ 9	°
RV5/SV1 amp	0.935/	0.920	mV
RV5+SV1 amp		1.855	

Dr. Anass Inchaouai, 152
Cardiologue 99
Tél: 06 70 55 95 97
73

- 1100 Sinus rhythm
3633 Inferior myocardial infarction, probably old
5222 Moderate voltage criteria for LVH, may be
normal variant
9150 ** abnormal ECG **

10 mm/mV 25 mm/s Average



Unconfirmed Report

Reviewed by:

Exam:

MOROCCAN HEART INSTITUTE
780, Impasse Modibo Keita
Tel: 0522 83 00 83 / 0522 85 00 13
Fax: 0522 98 96 96 - Pat: 34753457