

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3270 Société : RAM - 146054

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : SKIREDT LEILA

Date de naissance : 05/04/1958

Adresse : RESIDENCE ANDALOUSSIA 1443 N°1

AGADIR

Tél. : 0660619331 Total des frais engagés : 800 DIRHAMS Dhs

10641727178

Cadre réservé au Médecin

**Dr. ATLAB Mustapha**  
**Cardiologue**

أخصائي أمراض القلب والشرايين  
119, Bd Abdelmoumen  
Tél: 05 22 20 94 02, 1er Etage N°4  
Urgence : 05 22 20 52

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/01/2023

Nom et prénom du malade : SKIREDT Leila Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



#### 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
4/11/2023	Echocoeur		800 DT	Dr. ATLAB Mustapha Cardiologue
4/1/23 C2			gratuit	خاصي أسراء اللهم والشرايين 119, Bd Abdelloumen Tél: 05 22 20 94 02, 1er Etage Urgence: 06 61 05 20 52 N°4

## 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.

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- Echodoppler Couleur Cardiaque et Vasculaire
- Holter Rythmique et Tensionnel
- Epreuve d'Effort



طبيب اختصاصي في امراض القلب والشرايين

- الفحص بالصدى للقلب و الشرايين
- تخطيط القلب عند بذل الجهد
- تسجيل الضغط الدموي بالهولتير
- الهولتير تخطيط القلب

Casablanca, le 4/1/2023

## COMPTE RENDU D ECHODOPPLER CARDIAQUE DE

) Me SKIREDJ LEILA

LE VENRICULE GAUCHE NON DILATE NON HYPERTROPHIE A FONCTION SYSTOLIQUE NORMALE  
FE 63% A 60%

LES PRVG NORMALES

AORTE INITIALE CALIBRE NORMAL

MICROFUITE MITRO AORTIQUE

PERICARDE SEC

VCI NONDILATEE COMPLIANTE ; HTAP PAPS = 24mm Hg

LES CAVITES DROITES NORMALES VD A FONCTION SYSTOLIQUE NORMALE FE=45%

LE MASSIF AURICULAIRE GAUCHE DILATE LIBRE D'ECHOS

PAS DE CONTRASTE INTRACAVITAIRE

CONCLUSION

LE VENTRICULE GAUCHE NORMAL , PRVG NORMALES

MICROFUITE MITRIAOTIQUE

Dr M. ATLAB Mustapha  
Cardiologue  
أخصائي أمراض القلب و الشرايين  
119, Bd Abdelmoumen  
Tél: 05 22 20 94 02, 1er Etage N°4  
Urgence : 05 22 20 94 52

Dr ATLAB MUSTAPHA  
CABINET DE CARDIOLOGIE  
**Dr ATLAB MUSTAPHA**

Etablissement	Dr ATLAB MUSTAPHA	Diagnostiqué par	Dr ATLAB MUSTAPHA
Echographiste	Dr ATLAB MUSTAPHA	N°	04-12-2023-0003
Date exam.	04-12-2023	Nom	SKIREDJ LEILA

(m) Min., (M) Max., (L) Dernier

**[ Cardiaque ]**

**VG (TM)**

	Moy.	1	2	3	
SIVd	0.94	0.94			cm
DIVGd	4.98	4.98			cm
PPVGd	0.85	0.85			cm
SIVs	1.41	1.41			cm
DIVGs	3.10	3.10			cm
PPVGs	1.41	1.41			cm
Epaississement SIV% (TM)	50.01	50.01			%
Epaississement PPVG% (TM)	66.67	66.67			%
SIVd/PPVGd (TM)	1.11	1.11			
SIVs/PPVGs (TM)	1.00	1.00			
FR % VG (TM)	37.74	37.74			%
VDF VG (TM)	117.38	117.38			ml
VEE VG (TM)	38.02	38.02			ml
VE VG (TM)	79.36	79.36			ml
FE VG (TM)	67.61	67.61			%
Masse VG(C)	155.86	155.86			g

**VD (TM)**

	Moy.	1	2	3	
PAVDd	0.56	0.56			cm
DIVDd	2.30	2.26	2.35		cm
PAVDs	0.94	0.94			cm
DIVDs	1.50	1.50			cm

**OG**

	Moy.	1	2	3	
Diam. OG (M)	3.10	3.10			cm
OG/Ao (M)	1.00	1.00			

**Aorte**

	Moy.	1	2	3	
Diam. Ao (M)	3.10	3.10			cm

**VA**

	Moy.	1	2	3	
Vmax VA	-1.08	-1.08			m/s
GPmax VA	4.66	4.66			mmHg
Vmoyenne VA	-0.67	-0.67			m/s

**Dr ATLAB MUSTAPHA**  
**CABINET DE CARDIOLOGIE**  
**Dr ATLAB MUSTAPHA**

Etablissement	Dr ATLAB MUSTAPHA	Diagnostiquée par	Dr ATLAB MUSTAPHA
Echographiste	Dr ATLAB MUSTAPHA	N°	04-12-2023-0003
Date exam.	04-12-2023	Nom	SKIREDJ LEILA

GPmoyen VA	2.12	2.12	mmHg
PHT VA	117	117	ms
ITV VA	23.57	23.57	cm
TAcc VA	61	61	ms
Acc. VA	1766.21	1766.21	cm/s <sup>2</sup>
TDéc VA	402	402	ms
Déc. VA	268.25	268.25	cm/s <sup>2</sup>

**VM**

	Moy.	1	2	3
Pic E VM	0.70	0.70		m/s
Pic A VM	0.98	0.98		m/s
E/A VM	0.71	0.71		
Vmoyenne VM	0.40	0.40		m/s
GPmoyen VM	0.89	0.89		mmHg
PHT VM	72	72		ms
MVA (PHT)	3.05	3.05		cm <sup>2</sup>
ITV VM	19.72	19.72		cm
AccT VM	94	94		ms
DécT VM	249	249		ms
TAcc/TDéc VM	0.38	0.38		

**VT**

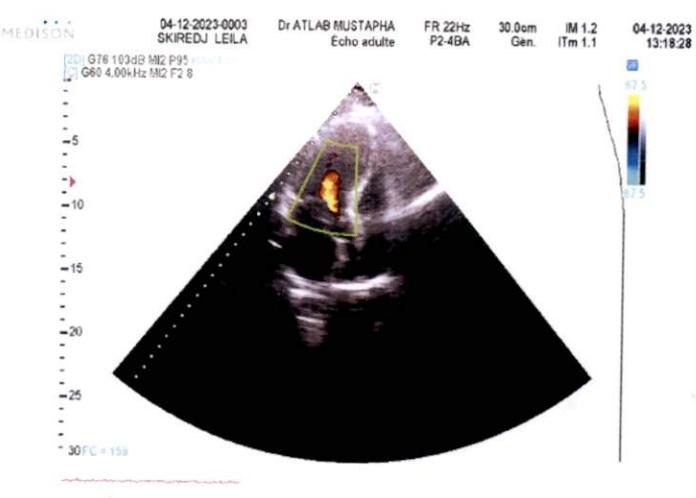
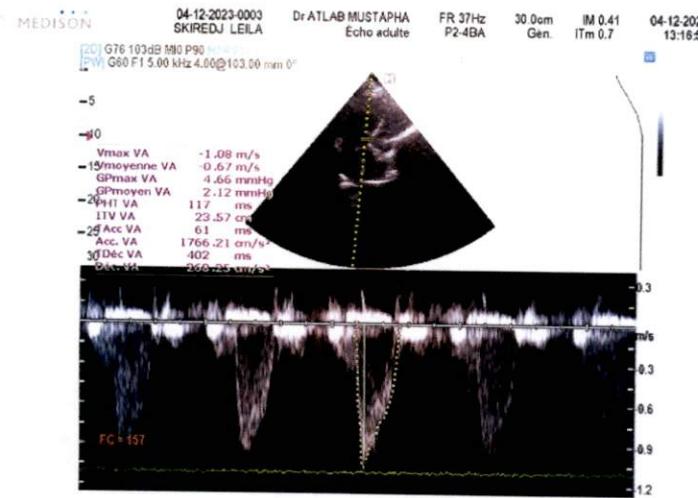
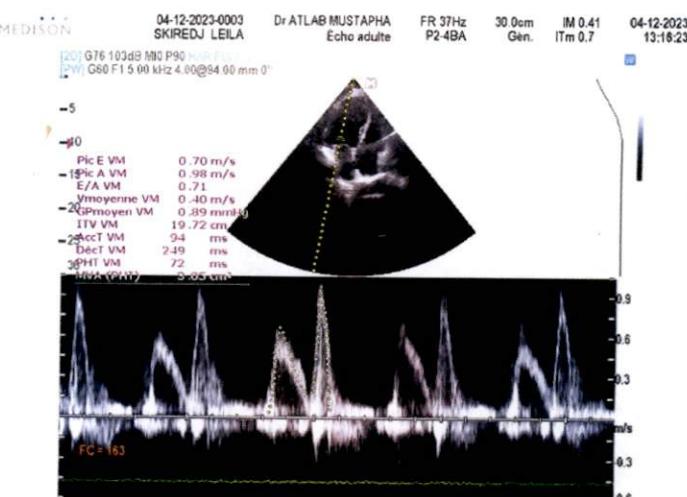
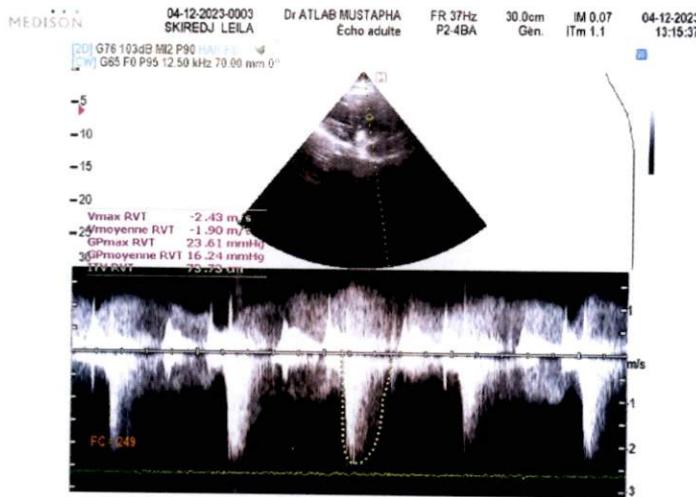
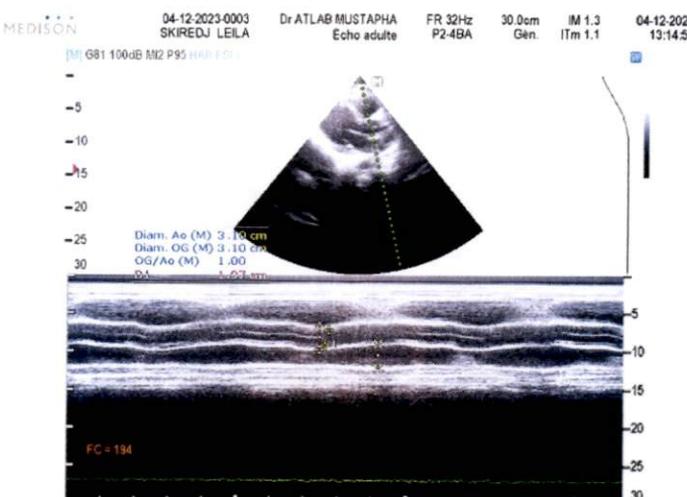
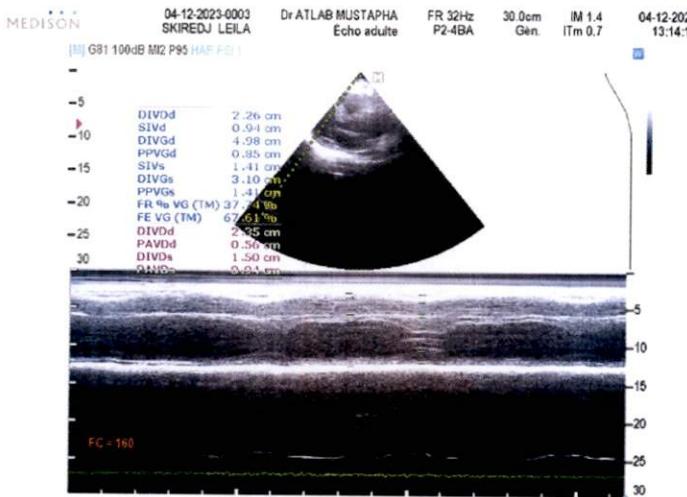
	Moy.	1	2	3
Pic E VT	0.58	0.58		m/s
Pic A VT	0.58	0.58		m/s
E/A VT	1.00	1.00		
Vmoyenne VT	0.27	0.27		m/s
GPmoyenne VT	0.38	0.38		mmHg
PHT RT	39	39		ms
ITV VT	13.93	13.93		cm
TAcc VT	106	106		ms
Tdéc. VT	134	134		ms
Vmax RVT	-2.43	-2.43		m/s
GPmax RVT	23.61	23.61		mmHg
Vmoyenne RVT	-1.90	-1.90		m/s
GPmoyenne RVT	16.24	16.24		mmHg
ITV RVT	73.73	73.73		cm

## Patient

N° 04-12-2023-0003  
 Nom SKIREDJ LEILA  
 D. naissance  
 Sexe Autres

## Examen

N° d'accès 04122023  
 Date 04122023  
 Description Echographiste Dr ATLAB MUSTAPHA

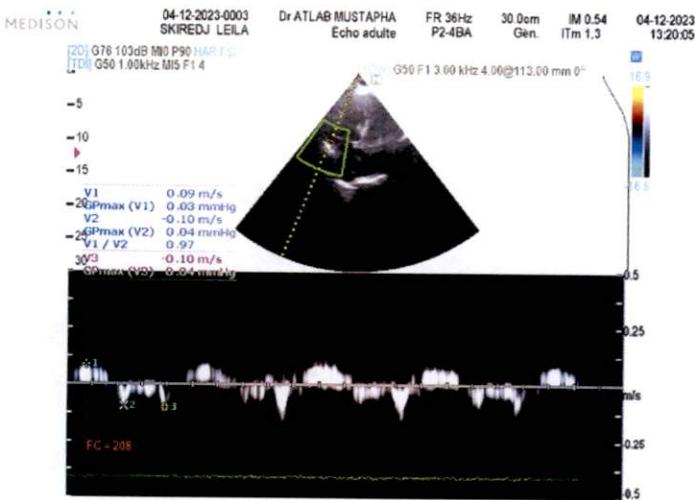


**Patient**

N° 04-1 -2023-0003  
Nom SKIREDJ LEILA  
D. naissance  
Sexe

**Examen**

N° d'accès  
Date 04122023  
Description  
Autres Echographiste Dr ATLAB MUSTAPHA



نº ٤٢٠٢٣

B.P. DH H 80D, ٥٠٤ درهم

# REÇU توصيل

Reçu de Chez SKIREDJ Leïla توصلت من السيد  
la somme de Cent dinars تقدرها ١٠٠

pour Honoraire Echo-doppler Cardiaque ودود

14

المواافق

Casablanca le 04/01/2023 في DR. ATLAH Mustapha

Signature الامضياء

DR. ATLAH Mustapha  
Cardiologue

Dr. ATLAH Mustapha  
Cardiologue  
أخصائي أمراض القلب  
شارع عبد المنور  
119, Bd Abdelloumen  
Tél: 05 22 20 94 92, 1er Etage N°4  
Urgence: 09 51 06 29 52