

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 0055097

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3240 Société : RAM. 146054
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SKIREDT WEILA
 Date de naissance : 05/04/1958
 Adresse : RESIDENCE ANDALOUSIA JH43 N°1
 CASABLANCA
 Tél : 0660619331 Total des frais engagés : 800 DIRHAMS Dhs
 0641727178

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Dr. ATLAB Mustapha
 Cardiologue
 أخصائي أمراض القلب والشرايين
 119, Bd Abdelmoumen
 Tel: 05 22 20 94 02, 1er Etage N°4
 Urgence: 05 21 00 29 52
 Date de consultation : 04/01/2023
 Nom et prénom du malade : SKIREDT Weila 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL 23 JAN. 2023 I. BOUZACHANE

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
4/1/2023	Echocoeur		8000 LT	Dr. ATLAB Mustapha Cardiologue خصائي أمراض القلب و الشرايين 119, Bd Abdelmoumen Tél: 05 22 20 94 02, 1er Etage Urgence: 06 61 06 29 52
4/1/23	C2		gratuit	

Cardiology
 اختصاصي أمراض القلب و الشرايين
 119, Bd Abdelmoumen
 Tel: 05 22 20 94 02, 1er Etage N°4
 Urgence: 06 61 06 29 52

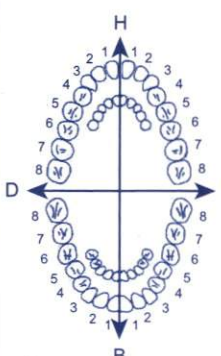
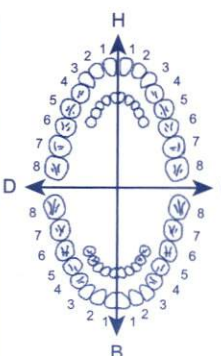
[illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ 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								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>							
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>							
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>							
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>							
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>							
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H <table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> D <table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> G </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> B </div>			25533412		21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
25533412	21433552										
00000000	00000000										
00000000	00000000										
35533411	11433553										
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession											
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>							
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>							

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

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



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

Casablanca, le 4/1/2023

COMPTE RENDU D ECHODOPLER CARDIAQUE DE

) Me SKIREDJ LEILA

LE VENTRICULE GAUCHE NON DILATE NON HYPERTROHIE A FONCTION SYSTOLIQUE NORMALE
FE 63% A 60%

LES PRVG NORMALES

AORTE INITIALECALIBRE 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

ATLAB Mustapha
Cardiologue
أخصائي أمراض القلب والشرايين
119, Bd Abdelmoumen
Tél: 05 22 20 94 02, 1er Etage N°4
Urg: Tél: 06 61 66 29 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

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

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/s²
TDéc VA	402	402	ms
Déc. VA	268.25	268.25	cm/s²

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			cm²
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

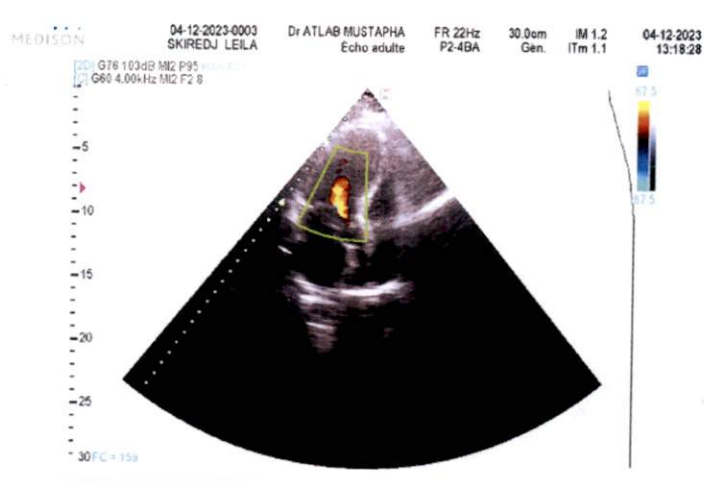
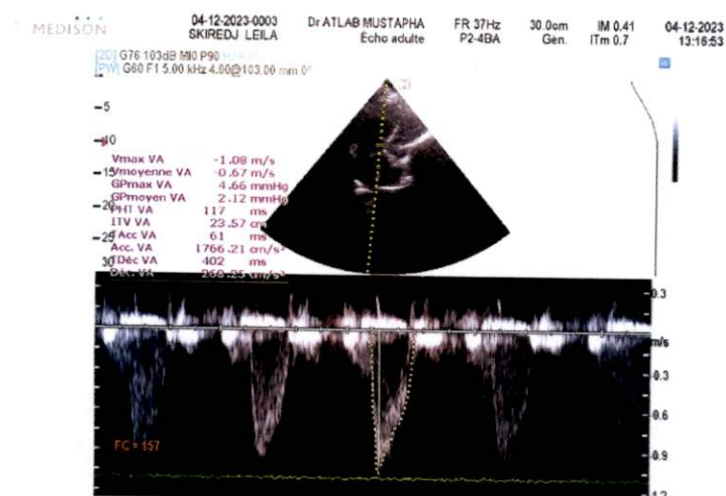
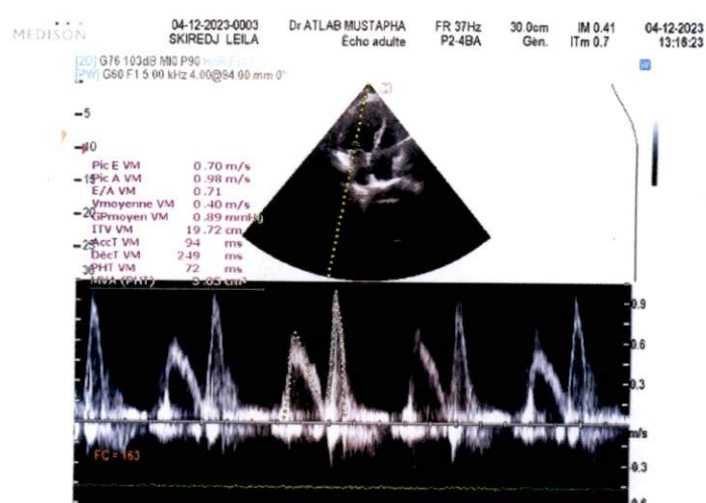
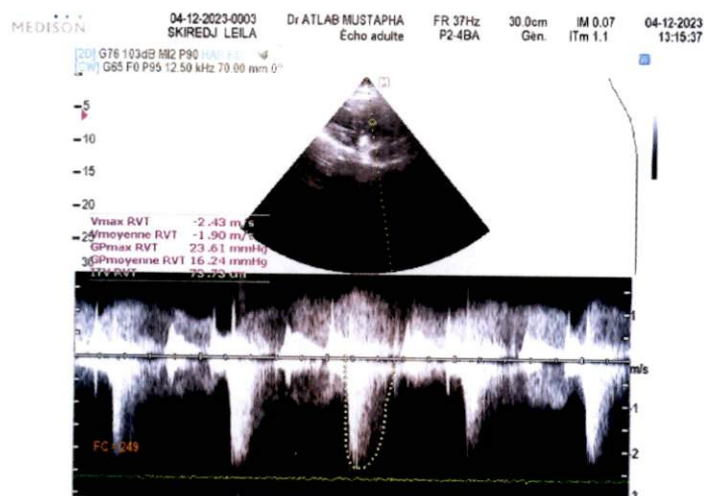
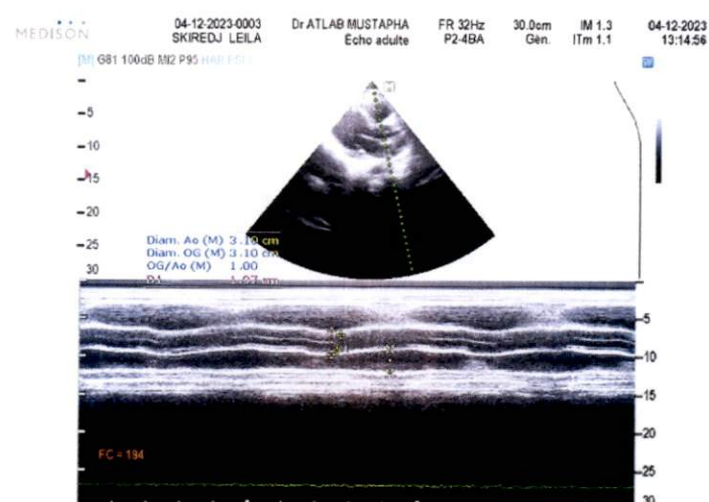
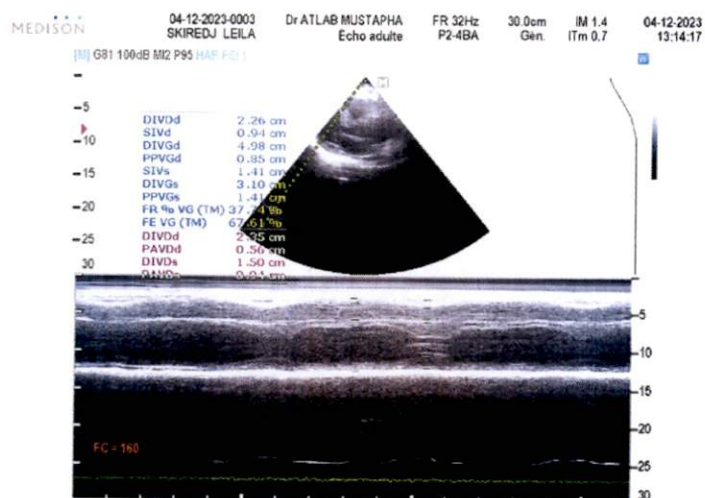
	Moy.	1	2	3	
Pic E VT	0.58	0.58			m/s
Pic A VT	0.58	0.58			m/s
E/A VT	1.00	1.00			
Vmoyenne VT	0.27	0.27			m/s
GPmoyenne VT	0.38	0.38			mmHg
PHT RT	39	39			ms
ITV VT	13.93	13.93			cm
TAcc VT	106	106			ms
Tdéc. VT	134	134			ms
Vmax RVT	-2.43	-2.43			m/s
GPmax RVT	23.61	23.61			mmHg
Vmoyenne RVT	-1.90	-1.90			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
 Date 04122023
 Description
 Echographiste Dr ATLAB MUSTAPHA

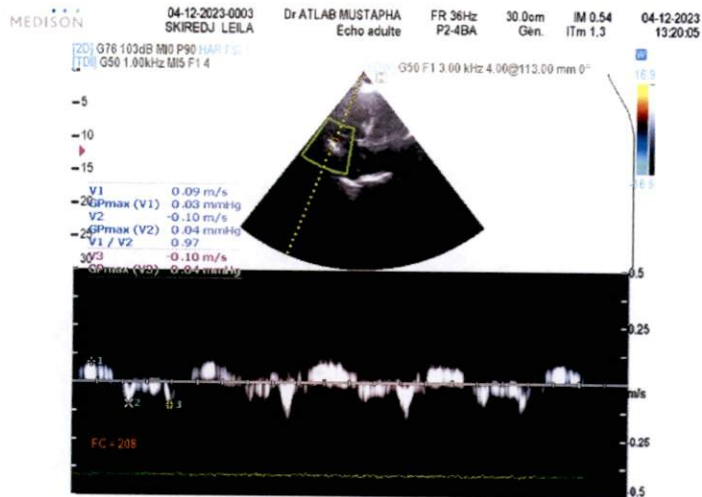


Patient

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

Examen

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



N° 41202 عدد

B.P. DH H 800, 00 درهم

REÇU توصيل

Reçu de M^{me} SKIREDT Leïla توصلت من السيد

la somme de Huit cent dix-neuf - 1 بما قدره

pour Honoraire Echo-doppler Cardiaque و

14 الموافق

Casablanca le 04/01/2023 في

Signature الامضاء

Dr. ATLAS Mustapha
Cardiologue

Dr. ATLAS Mustapha
Cardiologue
أخصائي أمراض القلب والشرايين
119, Bd Abdelmoumen
Tél: 05 22 20 94 02, 1er Etage N°4
Urgence: 06 61 06 29 52