

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 : 2364 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : RAFI Abdellatif A66846

Date de naissance : 11/02/1952

Adresse : Résidence AL FERDAOUS villa 2 Al dellahadi

Boutiques cosa

Tél. : 0661313027 Total des frais engagés : 1300 Dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/05/2023

Nom et prénom du malade : RAFI ASLETOTIS Age : 71

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : DIG/Dysfonction B1/B2 vertigo

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 : DR. GHIAD Le : 30/05/2023

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
30/07/15	soit	1016	5000 dh	ABIDI Signature de Dr ABIDI Médecin traitant et en possession d'un certificat d'assurance maladie

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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															
				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 <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
		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"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

NOTE D'HONORAIRE

Casablanca. Le 25.05.2023

Le Docteur GHIZLANE ABIDI

Prie Mr / Mme.....*Rafi Abdellatif*.....d'accepter l'expression

De ses sentiments distinguées et lui présente suivant l'usage, sa note d'honoraires

Pour.....*Dr. Ghizlane Abidi*.....

S'élevant à la somme de.....1000....dhs.

89 Avenue Stendhal N°1, Val Fleuri, Mâarif – Casablanca - BP 20390

N° Patente : 34718514 – IF : 18751697 – ICE : 001818286000015

Tél : 0522 25 45 34 - Email : dr.abidighizlane@gmail.com

Casablanca, le : 30/05/2023

ECHODOPPLER DES ARTERES CERVICALES

M. RAFI abdellatif

INDICATION : dyslipidémie / DT2 bien équilibré . vertiges ORL

TA normale haute / BB

RESULTAT :

A droite :

- TABC perméable

-artère sous Clavière modérément infiltrée , sans sténose ni plaque à son origine

-carotide commune modérément infiltrée PSV= 81 cm/sec

- le bulbe de la carotide interne est perméable sur des critères morphologiques et hémodynamiques (PSV=60 cm/sec , EDV= 20 cm/sec °

-artère vertébrale perméable , retrouvée en inter transversaire et en V 3 . pas de sténose ostiale serrée.

A gauche :

-artère sous Clavière modérément infiltrée , sans sténose ni plaque à son origine

-carotide commune modérément infiltrée PSV= 69 cm/sec

e bulbe de la carotide interne est perméable sur des critères morphologiques et hémodynamiques

- (PSV= 63 cm/sec , EDV= 15 cm/sec)

- plaque à l'origine de la carotide externe sans sténose

-artère vertébrale perméable , retrouvée en pré , inter transversaire et en V 3 pas de sténose ostiale serrée.

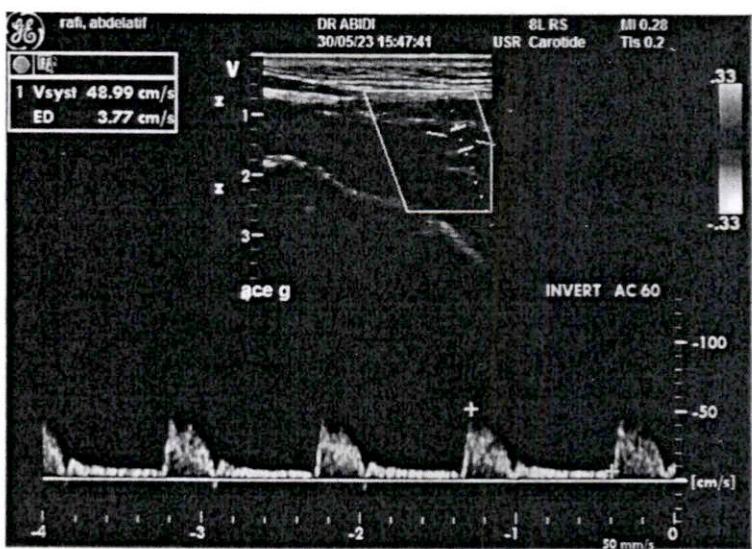
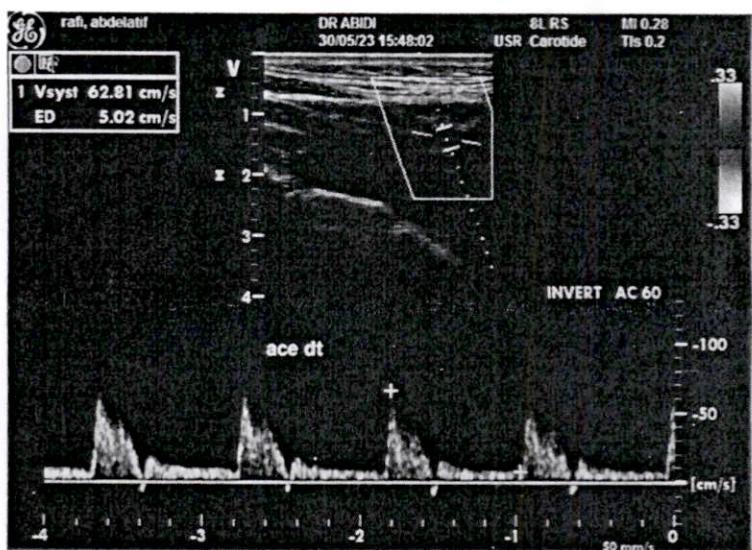
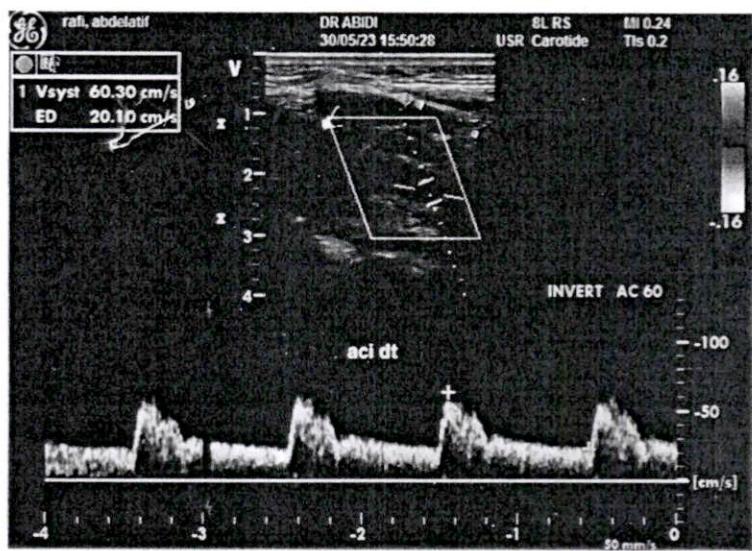
Conclusion :

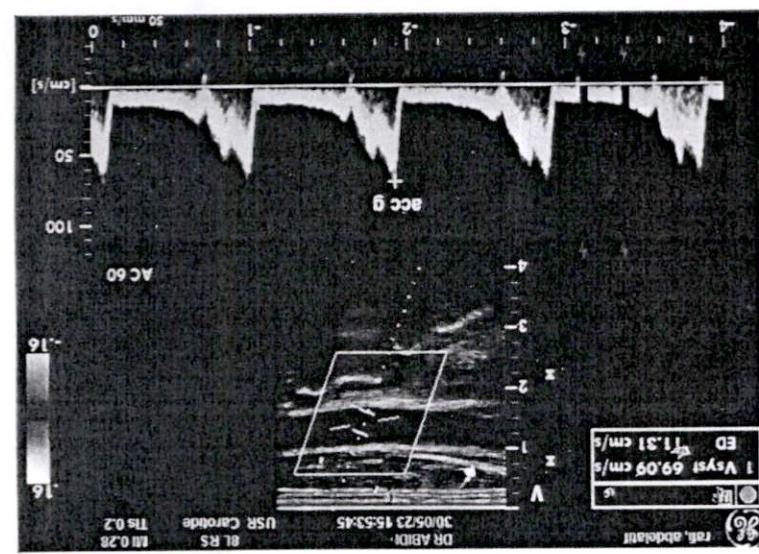
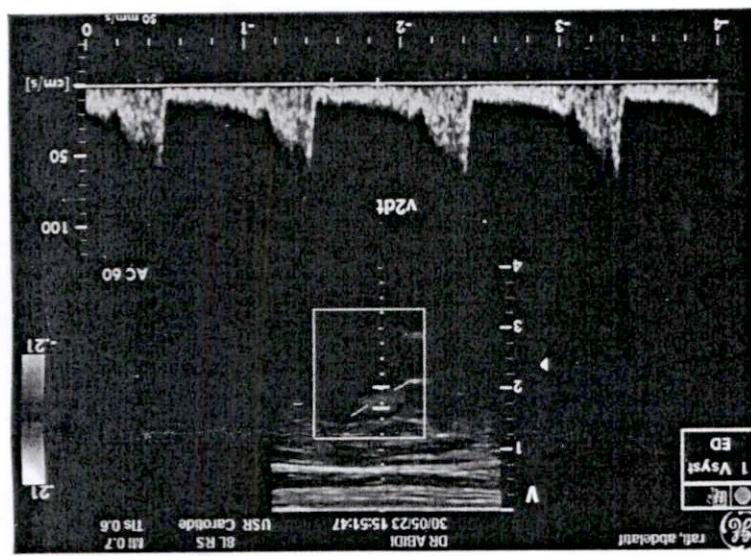
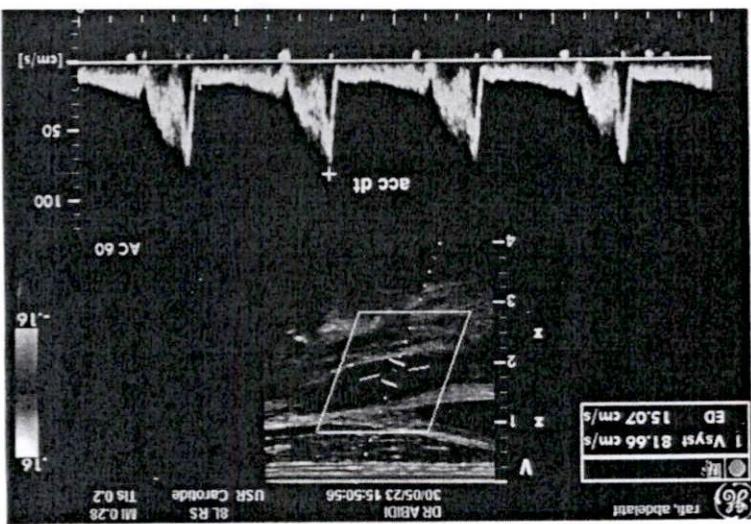
Absence d'anomalie échographique ou hémodynamique des artères carotides communes, internes et externes, droites et gauches.

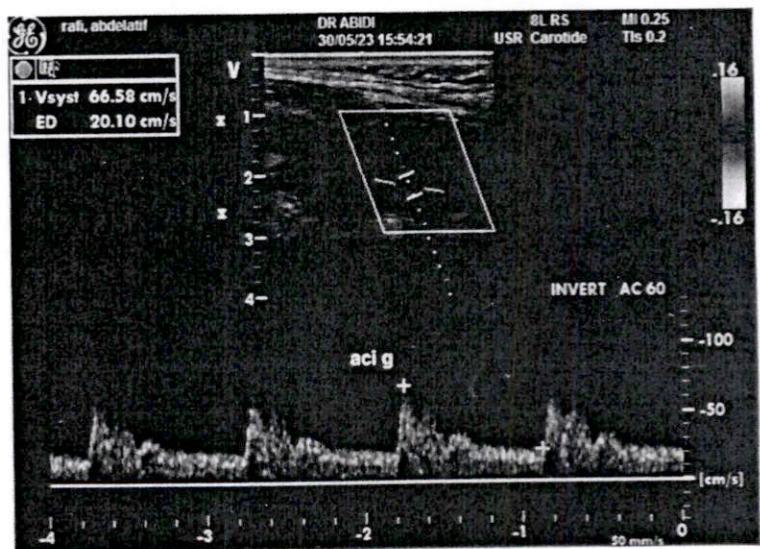
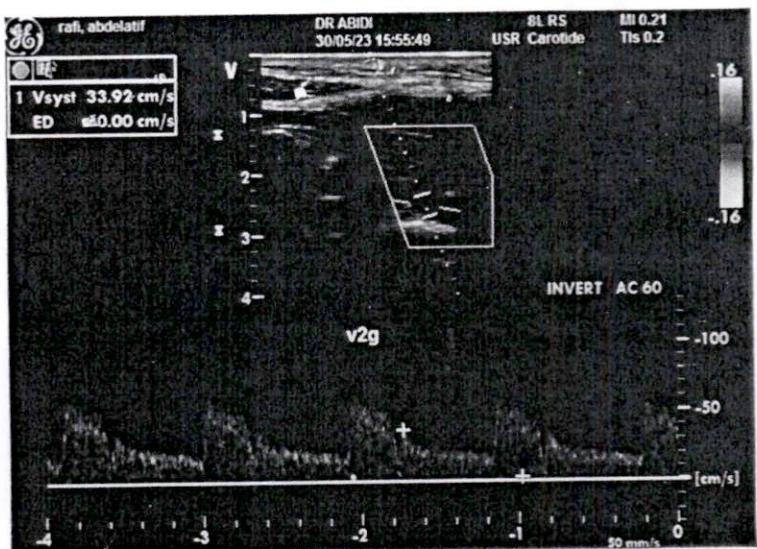
Les artères vertébrales circulent en sens antérograde, sans signe de sténose ou de dissection.

Docteur Ghizlane ABIDI









DR.ABIDI GHIZLANE

Spécialiste En Pathologie Cardiovasculaire
Et Imagerie Vasculaire Non Invasive
89 Avenue Stendhal, N°1 Val Fleuri, Maarif - CASABLANCA

Rafi Abdellatif

N° patient

Date de naissance 11.02.1952 (71 Y.)

Sexe masculin

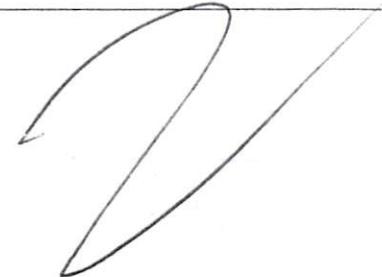
ECG de repos Évaluation du Tu 30.05.2023 15:41

Données examen

QRS (ms)	89
P (ms)	117
PQ (ms)	144
QT (ms)	425
QTc B. (ms)	442 (113%)
QTc disp. (ms)	28
Axe QRS	26°
FC	65
RR moy (ms)	923

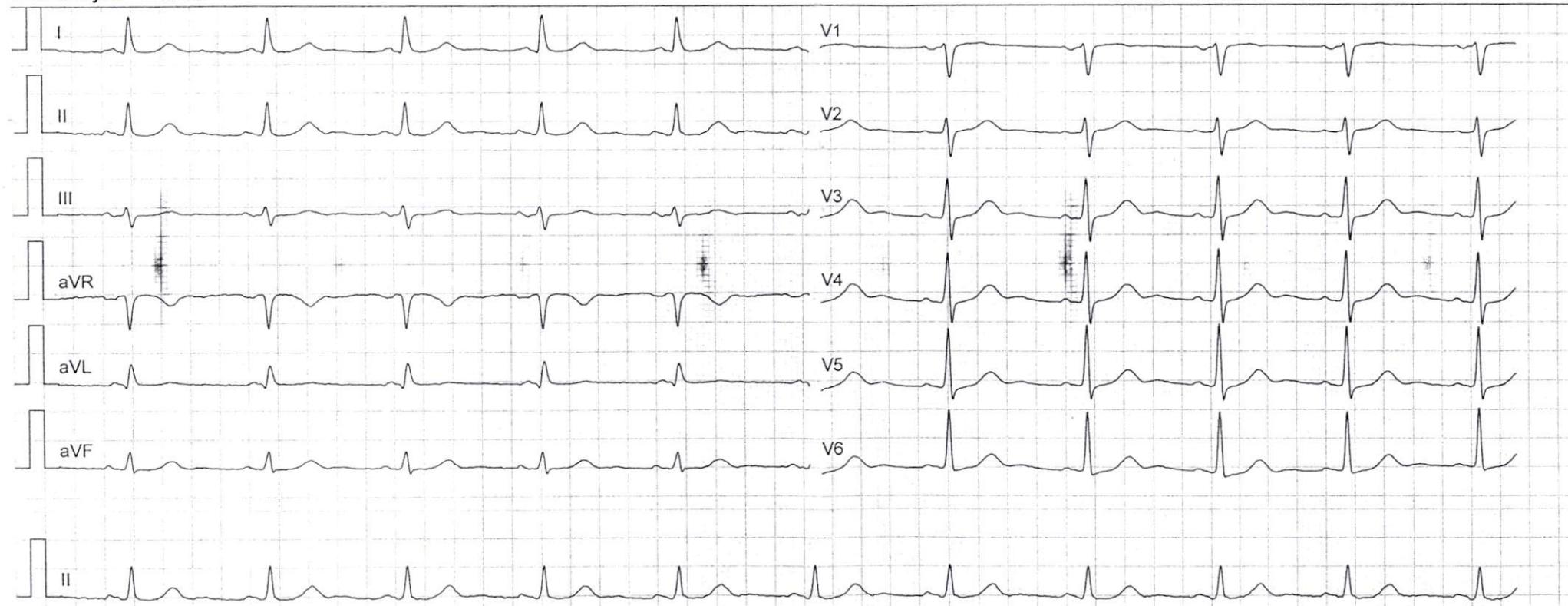
Rapport non confirmé

rythme sinusal-cardiaque normal
type gauche
ECG normal



ECG analysé FC: 65

(25 mm/s 10 mm/mV 0.05Hz - 45Hz / 50Hz true wave®)



DR. ABIDI GHIZlane

SPÉIALISTE EN PATHOLOGIE CARDIOVASCULAIRE
ET IMAGERIE VASCULAIRE NON INVASIVE

Diplômée d'imagerie vasculaire non invasive de l'université Paris Descartes
Diplômée d'échocardiographie de l'université Bordeaux Segalen
Ancien interne de l'hôpital Ibn Rochd Casablanca et du centre hospitalier
Princesse Grace de Monaco

الدكتورة عابيدي غزلان

اختصاصية في أمراض القلب والشرايين
فحص القلب والأوعية الدموية بالصدى

خريجة كلية الطب بالمستشفى الجامعي
بالدار البيضاء وبمستشفى موناكو

تخطيط القلب
ELECTROCARDIOGRAMME

89 AVENUE STENDHAL, N° 1, VAL FLEURI, MAARIF - CASABLANCA - BP 20390
TÉL.: 05 22 25 45 34 - URGENCE : 06 62 10 24 12 - EMAIL : dr.abidighizlane@gmail.com