

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.

M22- 0048734

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **6081** Société : **168215**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **SAASAA**

Date de naissance : **15-06-1955**

Adresse : **109 lot AL FATH-1 - Sidi Maârouf CASA**

Tél. : **058490663** Total des frais engagés : **1400,00 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **10/07/2023**

Nom et prénom du malade : Age: Lui-même Conjoint Enfant

Lien de parenté : Nature de la maladie : **Appétion Cardiologique**

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologique

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 : **13/07/2023**

Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
|  | 19/12/88 | Echogramme | 800.00 |

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAISES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| | H |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |

[Création, remont, adjonction]

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA



090063058

CASABLANCA Le : 27-06-2023

page 1/1

Facture N° 20035/23

A. Identification

N° Dossier : COC23F27101046

N° Identifiant : 034855

Nom & Prénom : Mme SAASAA AICHA

C.I.N : B140964

Adresse : adresse

Médecin traitant : DR . AARAB ADDI

| Qté | Prestations | Observation | Prix U. | L.C. | Coef | Total |
|-----|---|-------------|---------|------|------------------|--------|
| 1 | DR. AARAB ADDI (ANESTHESIE-REANIMATION) | | 300,00 | | | 300,00 |
| | | | | | Total Rubrique : | 300,00 |
| | | | | | TOTAL GENERAL | 300,00 |

PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :

Arrêté la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré



ECHOCARDIOGRAPHIE TRANSTHORACIQUE
Mme AICHA SAASAA

1- VENTRICULE GAUCHE :

Diamètre télédiastolique : 39 mm

Diamètre télésystolique : 27 mm

Epaisseur septale : 12 mm

Epaisseur paroi postérieure : 12 mm

VG non dilaté hypertrophié à fonction systolique normale sans anomalie de la cinétique pariétale de repos.

FEVG 59 % FR 30 %

2- OREILLETTE GAUCHE :

Peu dilatée : 41 mm SOG 23 cm²

3- VALVE MITRALE :

Feuillets peu épaisse micro-fuite mitrale sans sténose.

E/A <1

4- VALVE AORTIQUE :

Trois sigmoïdes aortiques non calcifiées.

Absence de fuite aortique ou de sténose.

5- CAVITES DROITES :

VD et OD non dilatés : SOD 13 cm².

Bonne fonction systolique du VD: TAPSE 27 mm S' = 15 cm/s.

Fuite tricuspidienne et fuite pulmonaire minimes.

VSH et VCI non dilatées.

Absence d'HTAP : PAPS = 17+05 = 22 mmHg

6- PERICARDE

Normal.

CONCLUSION :

ASPECT DE CARDIOMYOPATHIE HYPERTENSIVE AVEC :

- **HYPERTROPHIE VENTRICULAIRE GAUCHE MODEREE NON OBSTRUCTIVE.**
- **DILATATION MODEREE DE L'OREILLETTE GAUCHE.**
- **TROUBLE DE LA RELAXATION DIASTOLIQUE DU VG**

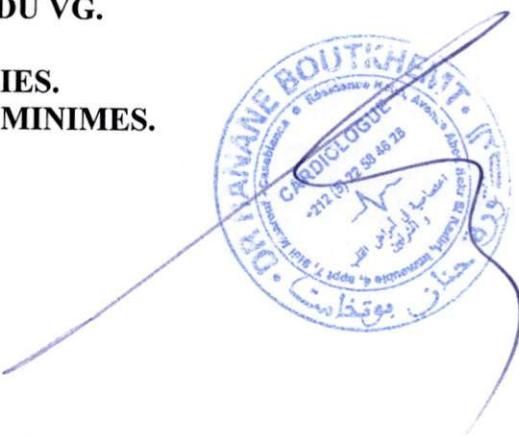
BONNE CINETIQUE SEGMENTAIRE ET GLOBALE DU VG.

BONNE FONCTION SYSTOLIQUE DU VG.

MICRO-FUITE MITRALE SUR VALVES PEU EPAISSIES.

FUITE TRICUSPIDIENNE ET FUITE PULMONAIRE MINIMES.

ABSENCE D'HTAP.



CABINET DE CONSULTATION ET D'EXPLORATION CARDIO-VASCULAIRE

Dr HANANE BOUTKHEMT

CASABLANCA, le 10/07/2023

NOM : AICHA SAASAA

NOTE D'HONORAIRES

ECHO-DOPPLER CARDIAQUE..... 800 DH

TOTAL 800 DH

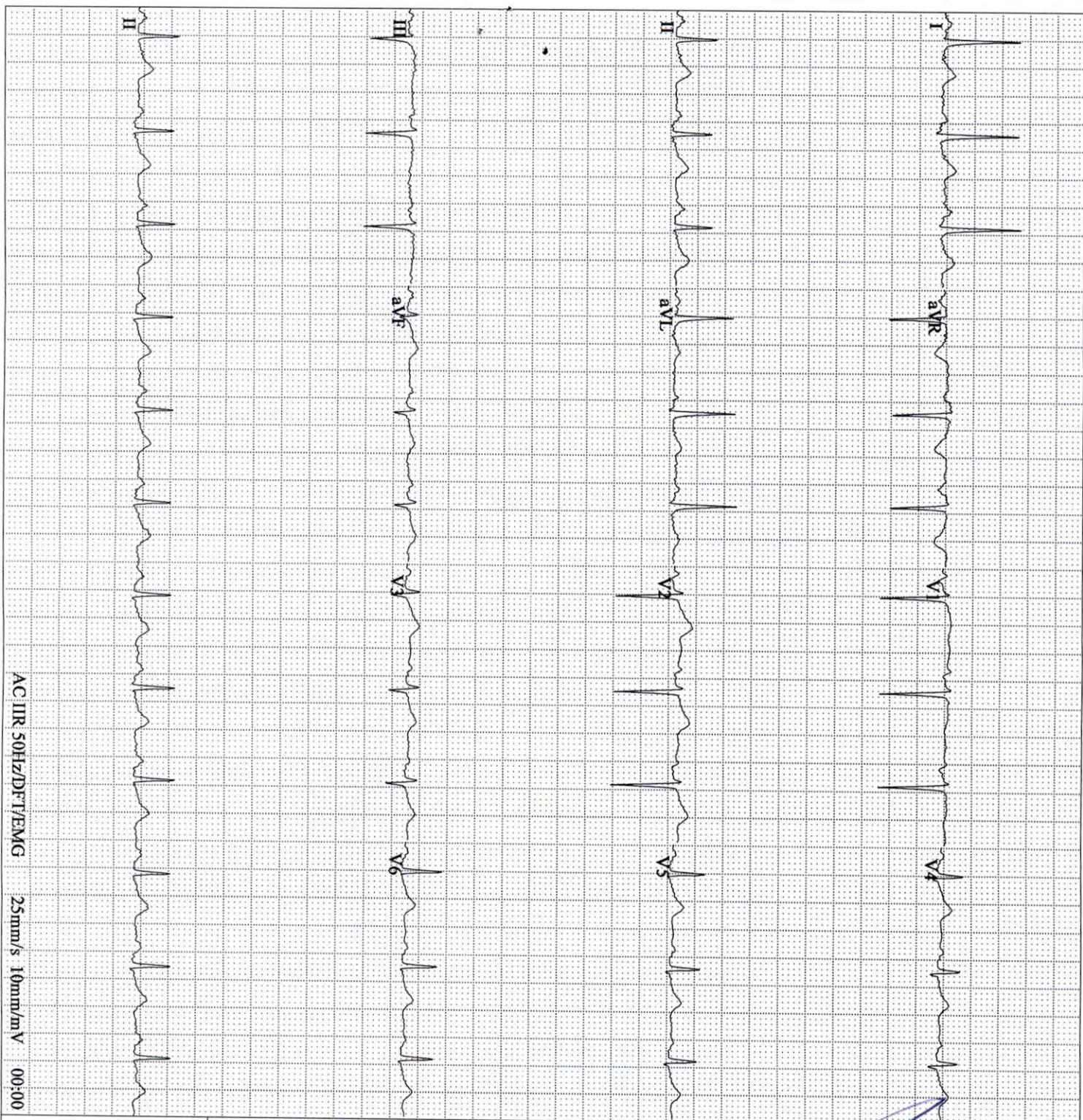
Cette note d'honoraire est arrêtée à la somme de huit cent dirhams.



Dr Hanane BOUTKHEMT

ECG

Nom : SAASAA AICHA Ex : Female Age : 68Y Clinique N : Section :
SN : 0013122 Case No. : Lit No. : Date : 10/07/2023 16:32:25



| | | | | |
|---------------|--------|---------------|---------|---------|
| Fréquence: | 1000Hz | PR Interval: | 182 ms | Prompt: |
| Temps d'écha | 9s | QT Interval: | 364 ms | |
| HR: | 89bpm | QTc Interval: | 444 ms | |
| P Interval: | 127ms | P Axis: | 36.40°b | |
| QRS Interval: | 77 ms | QRS Axis: | -2.80°b | |
| T Interval: | 197 ms | T Axis: | 32.50°b | |



Signature Médecin :