

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



Déclaration de Maladie

M22- 0056509

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1584

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : TADLI ABDELJALIL

Date de naissance : 24-09-1953

Adresse : CALIFORNIA GOLF RESORT Immeuble 21B App/F
ville Verte BOUSKOURA

Tél. : 0661 45 06 15 Total des frais engagés : 669,52€

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/01/2024

Nom et prénom du malade : TADLI ABDELJALIL Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Cardiopathie ischémique

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 : Casablanca Le : 5 / 2 / 24

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
29.01.2024	DKR P04 DA 4 L009	.	136 - 80 532 - 72	

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

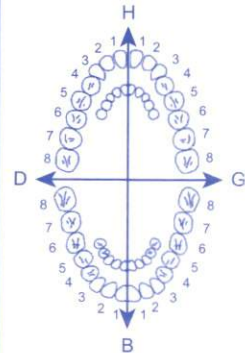
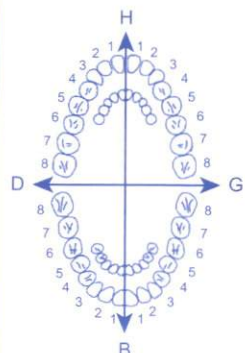
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 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 border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF
Cardiologie adulte et pédiatrique
Explorations Cardio-vasculaires

5, rue Mohamed Abdou CASABLANCA

Tél. : 0522.29.81.55 / 59 ou 0522.47.26.89

Fax : 0522.22.62.97

GSM cabinet : 06 78 18 18 16

CASABLANCA Le 09/01/2024

MR TADLI Abdeljalil

THALIUM D'EFFORT :

R/C :

- Cardiopathie ischémique
- Douleur thoracique atypique
- ESV

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdouh - Casa
Tél: 05 22 29 81 55 / 59 - 05 22 47 26 89



American Hospital of Paris

Facture détaillée Patient

N° FINESS : 920300787
N° S.I.R.E.T. : 78542377300015
Numéro de TVA intracommunautaire : FR02785423773

M. TADLI ABDELJALIL
21 B RUE CALIFORNIA GOLF RESORT
IMM 21B APPART E VILLE VERTE
27182 BOUSKOURA
MAROC

N° séjour : 240030455 Scintigraphie
N° Patient NIPP : 958102

Date d'entrée : 29/01/2024 N° de facture : 249019503
Date de sortie : 29/01/2024 Patient : TADLI ABDELJALIL
N° SS : Date de Facture : 29/01/2024

Date d'échéance : 18/02/2024

1 / 1

Code article	Libellé article	Date début	Date fin	Montant total facturé	Montant à payer
DKRP004-1	Épreuve effort +ecg disconti (Dr Attal B. 03.)	29/01/24	29/01/24	136.80 €	136.80 €
DAQL009-1	Scinti perf. myocard. repos (Dr Foulst J. 72.)	29/01/24	29/01/24	532.72 €	532.72 €
Scintigraphie				669.52 €	669.52 €



TOTAL FACTURE AHP	669.52 €	669.52 €
MONTANT REGLE		-669.52 €
SOLDE		0.00 €

Règlement par virement bancaire

(Merci de bien vouloir indiquer le numéro de facture dans le motif du virement)

AMERICAN HOSPITAL OF PARIS

IBAN : FR76 3005 6005 0200 1063 242
BIC-ADRESSE SWIFT : CCFRFRPP

Règlement par chèque

Chèque à libeller à « American Hospital of Paris » et à adresser à
l'Hôpital Américain (Service Comptabilité Clients) accompagné
du double de cette facture.

Laboratoire d'analyses médicales agréé sous le n° 92-96

63, boulevard Victor Hugo - B.P. 109 - 92202 Neuilly-sur-Seine Cedex - Téléphone : (+33) 1 46 41 25 25 - information@ahparis.org

Établissement à but non lucratif, reconnu d'utilité publique le 19 mars 1918 - A not for profit institution, incorporated in the USA by an Act of Congress, January 30, 1913

www.american-hospital.org

BUS 41020-01



American Hospital of Paris

Service d'Imagerie Médicale et de Médecine Nucléaire

Pr Jean-Luc Sarrazin - Chef de Service

Drs L Bensimhon, JE Filmont, JM Foul, L Mabille

Drs B Attal, O Hoffman, F Teimouri

DR ALI EL MAKHLOUF
5 RUE MOHAMED ABDOU
RESIDENCE LE PARC

28000 CASABLANCA

Examen de :

MR TADLI Abdeljalil

Date de naissance : 24/09/1953 / M

Demandé par : DR ALI EL MAKHLOUF

Réalisé par : DR JEAN-MARC FOULT

NIP 958102

Le 29/01/2024

SCINTIGRAPHIE MYOCARDIQUE Ultra Low Dose

CONTEXTE CLINIQUE - MOTIF DE LA DEMANDE

Cardiopathie ischémique stentée. Contrôle chez un sujet de 70 ans

EPREUVE D'EFFORT et/ou STIMULATION PHARMACOLOGIQUE

Méthode : 120 watts 100 % de la FMT

RESULTATS

Test sans angor, ni modification significative de la repolarisation. Pas de trouble du rythme. Profil tensionnel normal.

SCINTIGRAPHIE MYOCARDIQUE

Méthode : Durée : 8 min. - Décubitus : ventral.

RESULTATS

- * Perfusion myocardique : hypofixation inféro-latérale hétérogène peu marquée se corrigeant en redistribution
- * Fonction ventriculaire gauche (GATED-SPECT) : FEVG supérieur à 65 %.

CONCLUSION

Ischémie inféro-latérale non significative, 5 % du myocarde. Pas de séquelle de nécrose. La fonction ventriculaire gauche est normale.

Bien amicalement,

Docteur Bernard ATTAL

Docteur JEAN-MARC FOULT

Alcyone Discovery NM 530c UFC GE Healthcare

MN CASE 01 GE HEALTHCARE LCS

Compte-rendu relu et signé électroniquement le 29/01/2024

Installé le : 01/07/2011

Installé le :

TEST DE PROVOCATION DE L'ISCHEMIE AVANT SCINTIGRAPHIE MYOCARDIQUE

Date de l'examen : 29.01.2024 Heure de l'examen : 10:21:14

Prescripteur : DR EL MAKHLOUF

Cardiologue : Dr ATTAL

TADLI ABDELJALIL

No ID : 958102

Date naissance: 24.09.1953 (70 ans) Sexe : masculin Taille : 100 cm Poids : 76 kg

Contexte :

STENTS CX 2000 ET 2016
 ATACAND
 CRESTOR BISOPROLOL SUSPENDU
 ASPIRINE

Méthode :

MYO EFFORT +/- REDIS
 30W/2'/30 TA

Sommaire tabulaire :

Nom de la phas	Nom du palier	Durée pal.	Charge	tours	FC	TA	Commentaires
			[W]	[tpm]	[/min]	[mmHg]	
PRETEST		01:10	0	75	98		
EFFORT	PALIER 1	02:00	30	72	94	183/86	
	PALIER 2	02:00	60	72	129	199/82	
	PALIER 3	01:35	90	71	144		
	PALIER 4	00:31	120	75	150		
RECUP.		02:13	0	0	103	226/88	

Conclusions

TEST D'EFFORT 120W MAXIMAL SANS ANGOR.
 PAS DE MODIFICATION SIGNIFICATIVE DE LA REPOLARISATION.
 RARES ESV ISOLEES.
 PROFIL TENSIONNEL NORMAL.
 BIEN AMICALEMENT.

Dr ATTAL

