

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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



Déclaration de Maladie

M22- 00391211/1489

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1489 Société : ASSA03
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : FADIL FATIMA
 Date de naissance : 20-09-1953
 Adresse : C.S.H. 0667132436
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/03/2023
 Nom et prénom du malade : Fadil Fatima Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection cardio vasculaire
 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.

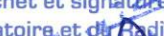
Fait à : Le :
 Signature de l'adhérent(e) :

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
23/03/23	C + ELN		300 D4	
28/03/23	C		9	

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	28/03/23	Echo Cœur	1000 DH

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	28/03/23	Echo Cœur	1000 DH

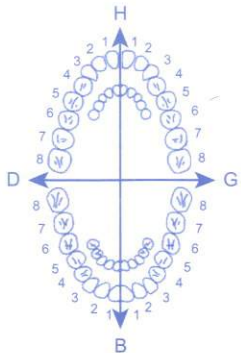
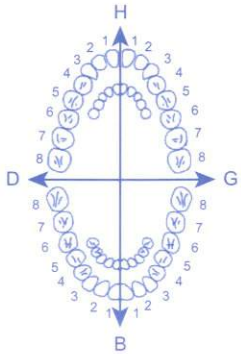
[illegible][illegible]

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION
PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ——— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B			CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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	
						MONTANTS DES SOINS
						DEBUT D'EXECUTION
						FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE		CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B			
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
		 		DATE DU DEVIS 	
		 		DATE DE L'EXECUTION 	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Fouad EL OUARDI

Chirurgien Cardio-Vasculaire
Ancien Interne des Hôpitaux de Rennes - France

Chirurgie Cardiaque & Vasculaire
Chirurgie Endovasculaire
Phlébologie (VARICES)
Traitement par laser & Radio fréquence



الدكتور فؤاد الوردي

جراح سابقا بمستشفيات رين بفرنسا
أخصائي في جراحة القلب و الشرايين

جراحة القلب و الشرايين
فلبيولوجيا (الدوالي)
العلاج بالليزر و الموجات الصوتية

Casablanca le : 28/03/2023

FACTURE N° 5940

ECHO CŒUR Mme. FADIL FATIMA

Prix : 1000 Dhs

الدكتور فؤاد الوردي
Dr Fouad EL OUARDI
Chirurgien Cardio-Vasculaire
Abdelmoumen Center, Angle Bd Abdelmoumen
et Bd Anoual, 3e Etage - Bur N° 305
Tél: 0522 86 54 50

Compte rendu d'Echocoeur transthoracique

Ao : 41 mm

SIV : 15 mm

VG: 48/ 30

FE: 58 %

OG: 40 mm

PP: 14.5 mm

FR: 31 %

- VG non dilaté, hypertrophie concentrique modérée, bonne fonction systolique du VG ; FEVG : 58 % en 2D.
- Cinétique segmentaire conservée.
- Profil mitral normal : anomalie de relaxation
- Valves mitrales normales

Pas de RM

Fuite mitrale minime

- Sigmoïdes aortiques remaniées épaissies sans fuite ni sténose
- OG peu dilatée, SOG : 23 cm² semble libre d'échos en ETT
- Cavités droites non dilatées ; Pas d'IT visible
- bonne fonction systolique du VD
- VCI non dilatée et COMPLIANTE
- Pas d'épanchement péricardique
- Aorte thoracique de dimensions normales dans ses segments visualisés
 - Pas d' HTAP

Au total :

Echodoppler cardiaque est en faveur d'une cardiopathie hypertensive ;

FEVG : 60 % en 2D

[Signature]

Padil
fatima

الدكتور فؤاد الورطوي
Dr Fouad El WARTOUI
Cardiologue - Vascular
Chirurgien Cardiac
Abdelmoumen Center, Angle Bd Abdelmoumen
et Bd Arouati, 5e Etage - Bld N° 305
Tél: 0320 86 54 50

