

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

CARDIO 28/09/09 -

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

■ Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SAYADI ABDELLAH FID

Date de naissance :

18/01/1936

Adresse :

86 Rue A. Megjati FAKIR

Tél. :

0522 23 78 17

Total des frais engagés :

Dhs

■ Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Hassan JAMMI
CARDIOLOGUE
20, Rue Oumaima SAYAH
Bd. Al Massira Al Khadra - Casa
Tél: 0522 39 31 01-Fax: 0522 36 79 35

Date de consultation :

23/09/09

Age:

84 ans

Nom et prénom du malade :

Sayadi Abdellah FID

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Bilan Pré-Chimiothérapie

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 : 01/09/10

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
29/07/2017 120	Consultation	130000	130000	INP : 104108218 CSA ANEA * 15/07/2017 Dr. Hassan Al Jumaima Cardiologist Al K



EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture 179 * CENT

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	$ \begin{array}{r} \text{H} & 25533412 & 21433552 \\ & 00000000 & 00000000 \\ \hline \text{D} & 00000000 & 00000000 \\ & 35533411 & 11433553 \\ \hline \text{G} & & \end{array} $			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

<Dop Mitral>

Pic E	110.6cm/s		
Pic A	89.0cm/s	durA	
VPdurA			
VTI	35.8cm		
Tdec	272ms	P1/2T	80ms
SVM(P1/2T)	2.76cm ²	SVM	
E/A	1.24		
GP Pic E	4.9mmHg	GP Pic A	3.2mmHg
GPm	1.8mmHg		
VPdurA-durA			

<Comments>

BILAN PRE CHIMIOTHERAPIE POUR LLC.

VG DE TAILLE NORMALE, PAS D'HYPERTROPHIE PARIETALE.

PAS D'ANOMALIES DE LA CINETIQUE SEGMENTAIRE, BONNE FONCTION SYSTOLIQUE GLOBALE.

OG ET CAVITES DROITES NON DILATEES,

IT MINIME, PAPS ESTIMEE A 30 MMHg.

IMGRADE 2/4 DEGENERATIVE.

REMANIEMENT DES SIGAO, OUVERTURE LEGEREMENT LIMITEE, GPMY A 11 MMHg. Pas de RA0 hemodynamiquement significatif.

PRVG basses.

SIGNATURE du Médecin :

Dr. H. JAMMI
CARDIOLOGUE
20, Rue Oumaima SAYAH - Casablanca
Tél: 0522.39.31.01-Fax: 0522.38.33

Fonct Card Exam.

Infos Patient

29-09-2020

ID : SAIDI ABDELHAFID
 Nom : ABDELHAFID
 Sex : Homm Âge : 84A

Infos Site

Descript d'Examen:
 Médecin Traitant : DR H.JAMMI
 Médecin P. : Dr H.JAMMI
 Echographis : DR H.JAMMI

<Fonction VG mode B>

Méth Simpson M.

	Ap4C	Ap2C	Biplan
VTD	74ml		
VTS	29ml		
VE	45ml		
VE I			
DC	24.13l/m		
DC I			
FE	61.2%		
FC	532BPM		
LVG4	Diastole 69mm	Systole 53mm	
SVG4	25.52cm ²	13.68cm ²	
LVG2			
SVG2			
%dif			

<Fonction VG mode M>

	Teichholz
VTD	172ml
VTS	55ml
VE	117ml
VE I	
DC	57.72l/m
DC I	
FE	68.0%
FR	38.5%
MVG(Devereux)	218g
MVG/SC	
FC	493BPM

	Diastole	Systole
DIVG	59mm	36mm
SIV	8mm	13mm
PPVG	8mm	16mm

	Diastole	Systole
Diam OG		39mm
Diam Ao	38mm	
Diam VA		13mm

DOGs/DA0d 1.02

<Dop Sténose Aortique>

V Pic	238.1cm/s	V Moy.	159.6cm/s
VTI	53.6cm	VTI(CCVG)	
CCVG		SCC(CCVG)	

SVA			
GPPic	22.7mmHg	GPm	11.4mmHg



DATE D'EXAMEN : 29/09/2020

FACTURE N° 1694/20

MEDECIN TRAITANT : DR JAMMI HASSAN

NOM ET PRENOM : MR SAIDI ABDELHAFID

DESIGNATION	NOMBRE	UNITAIRE	TOTAL
CONSULTATION + ECG	1	300,00	300,00
ECHO DOPPLER CARDIAQUE	1	1 000,00	1 000,00
TOTAL GENERAL			1 300,00

**ARRETEE LA SOMME DE LA FACTURE DE :
MILLE TROIS CENT DIRHAMS ./.**



المستعجلات 24h/24h

19, Bd Ibnou Sina - Casablanca Tél: 05 22 94 39 33 (L.G) - Fax: 05 22 94 30 22

www.cardiocasaanfa.com - Email. contact@cardiocasaanfa.com - I.C.E. : 001742957000002

Patente: 35806678 - I.F: 1004548 - C.N.S.S.: 6021589 BMCI - Agence Mohamed V - RIB: 013 780 01 104 01384700132 48

05 22 94 30 22 - الفاكس: 05 22 94 39 33 - شارع ابن سينا- الدار البيضاء الهاتف: 19

بنانة: 35806678 - ت ج: 1004548 - ص و ض ج: 6021589 التعريف البنكي : 48 48 013 780 01104 01384700132



Casablanca le 29/09/2020

Dr SAIDI ABDELAHFI D

Echo deppler cardiaque

Docteur Hassan JAMMI
CARDIOLOGUE
20 Rue Ouhaima SAYAH
Bd. Al Massira AL Khadra - Casa
Tél: 0522.39.31.01-Fax 0522.36.79.36



المستعجلات 24h/24h

19, Bd Ibnou Sina - Casablanca Tél: 05 22 94 39 33 (L.G) - Fax: 05 22 94 30 22

www.cardiocasaanfa.com - Email. contact@cardiocasaanfa.com - I.C.E. : 001742957000002

Patente: 35806678 - I.F: 1004548 - C.N.S.S.: 6021589 BMCI - Agence Mohamed V - RIB: 013 780 01 104 01384700132 48

05 22 94 30 22 - 05 22 94 39 33 - الفاكس: 05 22 94 39 33 - شارع ابن سينا، الدار البيضاء الهاتف:

بناتا: 35806678 - ت. ج: 1004548 - ص و ض ج: 48 التعريف البنكي : 6021589 013 780 01 104 01384700132 48

Sep 29, 2020 6:16 PM

kg mmHg

66 bpm

ID:
Nom:

Sexe: Homme

cIII

Fréquence ve
Intervalle P
durée QRS
int. QT/QTc
axe P/QRS/T

amp1 RV5/SV1
amp1 RV5+SV1

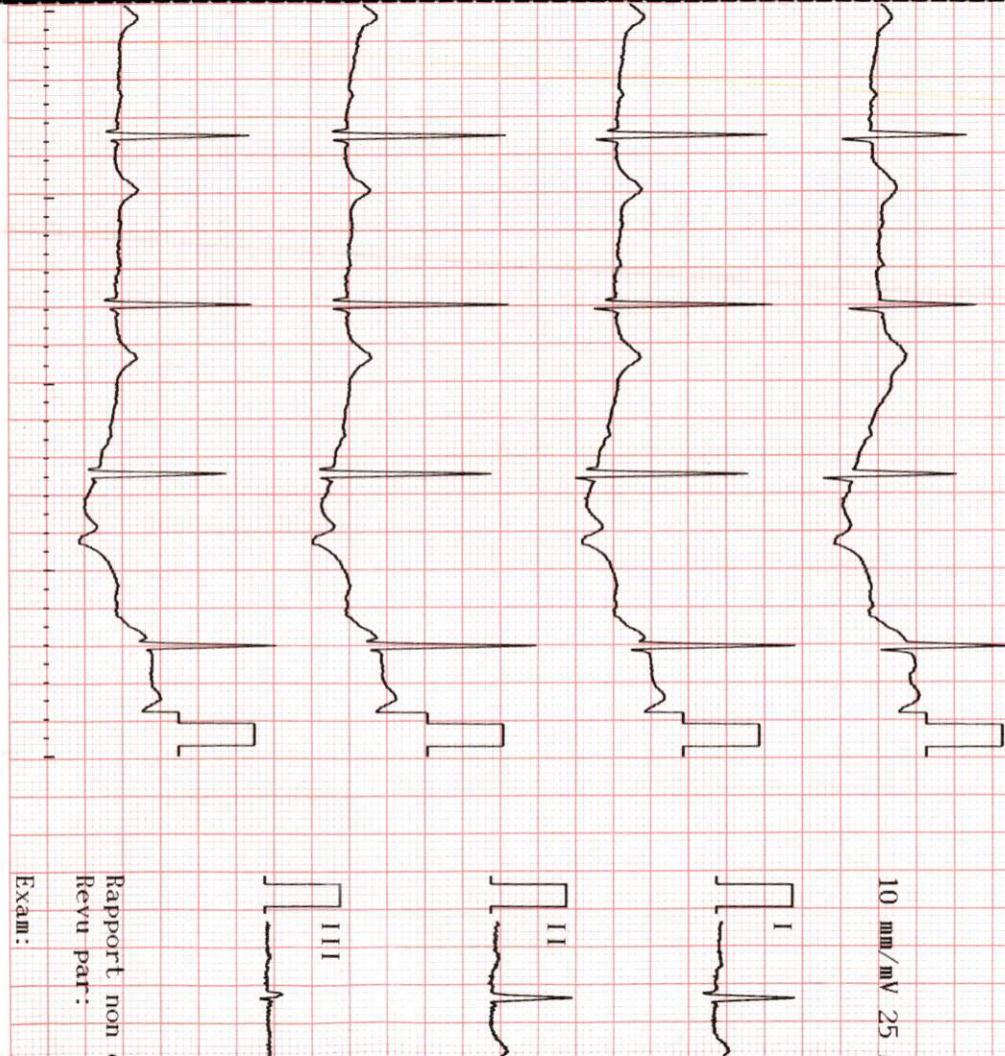
1100 Rythm

2231 Bloc

9150 ** E

10 mm/mV 25

I II III



Rapport non
Revu par:

Exam:

Sep 29 2029 6:16 PM

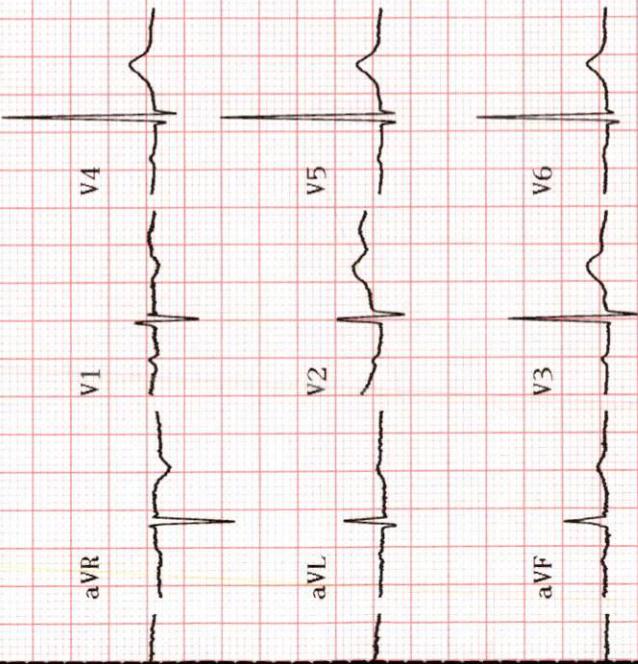
Date naiss :
mmHg
kg
ntriculaire

ANS

	bp	ms
65	238	ms
238	88	ms
88	408/	420
408/	39/	37
39/	2.135/	0.585
2.135/	2.720	mV
2.720		mV

⇒ sinusale
W du 1er degré
G anormal**

mm/s Moyenne



confiné

I

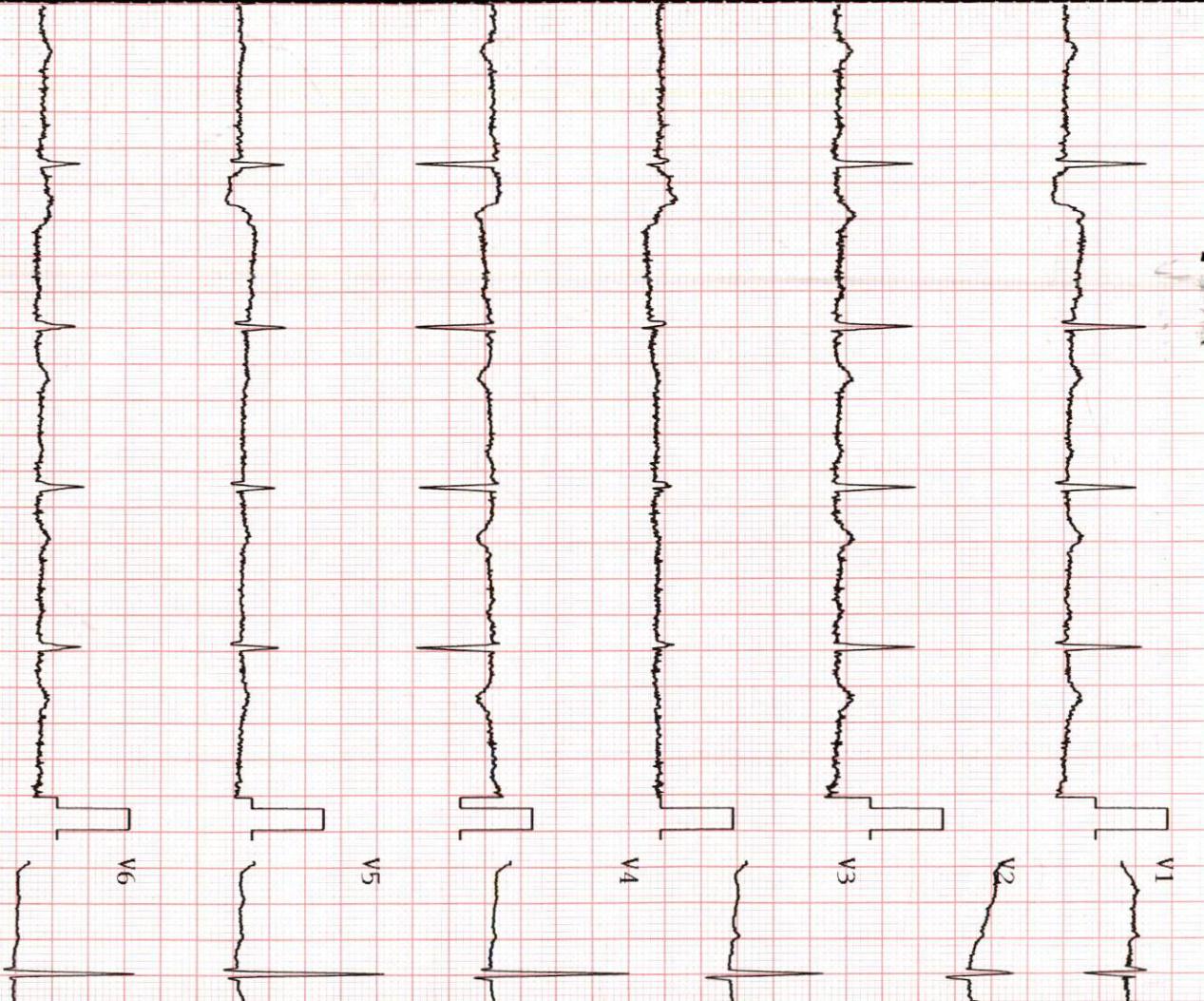
Nom: Sénior Adolphe Date naiss:

Ans

Homme

Fréq' mes: 25 mm/s Filtre: H50 d 100 Hz

10 mm/mV



93 03-05

Service:

Exam: