

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

éducation :

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.

ntaire :

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

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8486 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ETIABI MOHAMED

Date de naissance : 01/01/1960

Adresse : Mme et address

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/11/20

Nom et prénom du malade : ETTIABI NAINA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Dystonia - Dystherapie

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) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 21/11/2023 | Echograp | 1 | 800 DH | Dr. SEFRIOUT BENKHATTAB CARDIOLOGUE Amal 3 Rue 3 de Sidi Benoussi - Casablanca Tel: 05 22 73 15 00 / 05 22 76 77 76 |
| 25/11/2023 | Echo | 1 | 1000,00 | DRISS |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICALS

| Cachet et signature du Praticien | 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 canalaires, ainsi que le bilan de

| 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
| | H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 | G 21433552 00000000 G 00000000 11433553 | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Youssef DRISSI

Spécialiste des maladies
du Cœur et des Vaisseaux

Ancien Médecin Interne
des Hôpitaux de Paris

- Holter tensionnel
- Holter rythmique
- Epreuve d'effort
- Echo-doppler cardiaque couleur



الدكتور يوسف الإدريسي

اختصاصية في أمراض القلب والشرايين

طبيب سابق بمستشفيات باريس

الفحص بالصدى بالألوان
-الهولتر-

Casablanca, le 25-11-2020

ETTISSI

NAIMA

Note d'ho

Per Ev TSA

100 9,00 dh

Dr. Youssef DRISSI
CARDIOLOGUE
100 Bd. Oum Rabii - Résidence Al Ofoq
Casablanca - Tel: 05 22 55 86 00

100، شارع أم الريبع - إقامة الأفق - الحي الحسني - الدار البيضاء

100, bd. Oum Rabii - Résidence Al Ofoq (près de la Polyclinique CNSS) Hay Hassani - Casablanca
Tél./Fax : 0522 93 86 00 - الهاتف : E-mail : ydrissi@hotmail.com - Urgences : 0661 08 02 82
المستعجلات :

CARDIOLOGUE

Diplôme de la Faculté de Médecine de Lille (FRANCE)

Ancien Médecin Attaché des Hôpitaux Français

Spécialiste des Maladies du Coeur et des Vaisseaux

Echographie Doppler Couleur Cardiaque et Vasculaire

Holter Rythmique et Tensionnel

Epreuve d'effort



طبيب إختصاصي في أمراض القلب والشرايين

نحص القلب والشرايين بالصدى و الدربيل بالألواح

تخطيط القلب لأناء المجهود

خريج كلية الطب بليل (فرنسا)

طبيب إختصاصي بمستشفيات فرنسا سابقا

Casablanca le : **21 Novembre 2020** الدار البيضاء في :

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur Rachid BEN KHATTAB a l'honneur de présenter ses meilleures salutations à **Mme ETTIGI NAIMA** et lui adresse selon l'usage , sa note d'honoraires , soit la somme de **. 800 DH (Huit cent dirhams)** , pour la réalisation d'un **Echo-doppler cardiaque**

Casablanca le :

21-11-20

Signé :

Dr Rachid BEN KHATTAB
Dr. SEFRIOUTI BEN KHATTAB
CARDIOLOGUE
Amal 3 Rue 3 N° 6 sidi Bernoussi - Casablanca
Tél.: 05 22 73 15 00 / 05 22 76 77 76

Dr. Rachid Ben Khattab Sefrioui

الدكتور رشيد بن الخطاب للفطريوي

CARDIOLOGUE

Diplôme de la Faculté de Médecine de Lille (FRANCE)

Ancien Médecin Attaché des Hôpitaux Français

Spécialiste des Maladies du Coeur et des Vaisseaux

Echographie Doppler Couleur Cardiaque et Vasculaire

Holter Rythmique et Tensionnel

Epreuve d'effort



طبيب إختصاصي في أمراض القلب والشريان

نخصن القلب والشريان باصري و الدربيل بالأنوار

تخطيط القلب لنساء المهدود

خريج كلية الطب بليل (فرنسا)

طبيب إختصاصي بمستشفيات فرنسا سابقا

Casablanca le : 21 Novembre 2020 الدار البيضاء في :

ANALYSES MEDICALES

Mme ETTIGI NAIMA

ECHO-DOPPLER DES VAISSEAUX DU COU

VERTIGES

Dr. Youssef DRIDI
CARDIOLOGUE
100 Bd. Cité de la Culture Hassan
Casablanca - Tel. 05 22 53 86 60

الدكتور رشيد بن الخطاب للفطريوي
Dr. SEFRIOUT BENKHATTAB Rachid
CARDIOLOGUE
Amal 3 Rue 3 N° 6 Sidi Bernoussi - Casablanca
Tél: 05 22 73 15 00 / 05 22 76 77 76

Dr Youssef DRISSI
Cardiologue
100, boul. Oum Errabii
Hay Hassani, Casablanca
Tel : 05 22 93 86 00

COMPTE RENDU D'ECHO-DOPPLER DES TRONCS SUPRA AORTIQUES

NOM : ETTIGI
PRENOM : NAIMA
DATE D'EXAMEN : 25.11.2020

Bifurcation et branches carotidiennes :

- Calibres : normaux
- Echostructure pariétale : normale
- Courbes vélocimétriques : normales
- Analyse spectrale des flux : flux homogènes

Vertébrales :

- Calibres : normaux
- Echostructure pariétale : normale
- Courbes vélocimétriques : normales
- Analyse spectrale des flux : flux homogènes

CONCLUSION :

ECHO-DOPPLER DES TRONCS SUPRA-AORTIQUES NORMAL.

Dr. Youssef DRISSI
CARDIOLOGUE
100 boul. Oum Errabii Hay Hassani
Casablanca - Tél. 05 22 93 86 00

CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIOVASCULAIRES

Dr. Rachid Ben khattab Sefrioui
CARDIOLOGUE

Diplôme de la Faculté de Médecine de Lille (FRANCE)

Spécialiste des Maladies du Coeur et des Vaisseaux

Echographie Doppler Couleur Cardiaque et Vasculaire

Holter Rythmique et Tensionnel

Epreuve d'effort

Casablanca le : **21/11/20**

15:42:13

ECHO-DOPPLER CARDIAQUE

Nom , Prénoms : Madame ETTIGI NAIMA **Age :** 57 ans

Indications : Dyspnée d'effort , Angor , HTA .

Observations : Echogénicité moyenne

ETUDE BIDIMENSIONNELLE ET TM :

Ventricule gauche : Cinétique globale et segmentaire normale

Diamètre télédiastolique = **44 mm** Diamètre télésystolique = **28 mm** F.R = **36 %**
Septum IVen diastole = **11,5 mm** Paroi post.en diastole = **10,5 mm** F.E = **64 %**

Oreillette gauche : 33 mm **Diamètre Ao :** 30 mm **Ouverture Sygmoïde :** 20 mm

Aorte : de diamètre normal

Sigmoïdes aortiques : Sont fines , de cinétique normale

Valves mitrale : Sont fines , de cinétique normale

Valves tricuspidie : normale

Valves pulmonaires : normale

Cavités cardiaques d. : Sont de taille normale

Pericarde Pericarde sec

ETUDE DOPPLER

Flux mitral : Normal **Vit. E :** 0.7 m/s

E/A < 1

VTI Ao = 20 cm

Flux Aortique : Normal

Flux Tricuspidie : Normal

Flux pulmonaire :

Surface V. Aort

CONCLUSION:

Fonction ventriculaire gauche systolique normale FE = 64 %

Trouble de la fonction diastolique du VG ;

Les cavités cardiaques droites et gauches sont de taille normale

Absence d'atteinte valvulaire

Péricarde sec

الدكتور رشيد بن ختاب سفريوي
Dr. SFRIOUI BEN KHATTAB Rachid
CARDIOLOGUE
Amal 3 Rue 3 N° 6 Sidi Bernoussi - Casablanca
Tél: 05 22 73 15 00 / 05 22 76 77 76