

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W19-578395

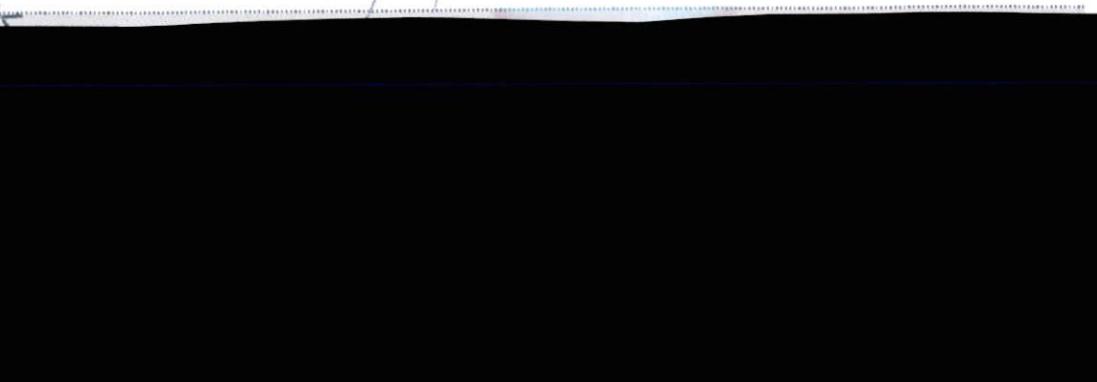
53056

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	0903	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : N° Benhaddouch Lahcen			
Date de naissance : 5/01/2020			
Adresse : 26 Rue Darra N°5 Agdal RABAT			
C.P. 10000			
Tél. : 0671701392 Total des frais : 1000,00 Dhs			
0537775224			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : DR. Loubaris Meryem Cardiologue - NPE 10172312			
Residence Ibn El Bachir Immeuble Angre Avenue Abtal Oued Ziz Agdal Rabat Tel: 05 37 77 50 00			
Date de consultation : 23 DEC. 2020			
Nom et prénom du malade : Ben Haddouch Lahcen Age:			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : HTA - Poumon antrograde			
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 : 07 Le : 21/12/2020

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	
11/12/20	ETI		300 DH 700 DH	Dr. Lamine Meryem Résidence Ibn El Bachir Imm.12 Angle Avenue Abdellatif Ziadet Tel: 05 27 77 50 00	
EXECUTION DES ORDONNANCES					
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date			Montant de la Facture	
ANALYSES - RADIOPHARMACIES					
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	

Dr. Meryem LOUBARIS

Ep. FASSI FIHRI



Médecin Spécialiste en Maladies Cardiovasculaires
 Ancien Médecin Attaché au CHU Ibn Sina - Rabat
 Cerénarographie - Dilatation et Stent
 Echodoppler Cardiaque (ETT - ETO) Holter ECG
 Holter Tensionnel - Epreuve d'Effort

الدكتورة مريم لباريس

ن. فاسي فهري

طبيبة اختصاصية في أمراض القلب والشرايين
 طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن سينا، الرباط
 قسطرة الشرايين
 كشف بالصدى، تخطيط القلب 24 ساعة،
 قياس الضغط 24 ساعة، فحص المجهود.

Rabat le :
11/12/2020الرباط في:

FACTURE

Benhaddouch Lahcen	
Désignation	Prix (DH)
Consultation	
Holter ECG	
ETT	700
Doppler	
Holter TA	
TOTAL	700

Dr. Loubaris Meryem
 Cardiologue - INPE:101172344
 Résidence Ibn Al Bachir 12 - Bachir Minn 12
 Angle Avenue Abtal - Oued Agdal
 Rabat - Tel: 05 37 77 50 00

إقامة ابن البشير رقم 12، شقة رقم 10 - زاوية شارع الابلال وزنقة وادزيز، أكادار - الرباط

Résidence Ibn Al Bachir N°12, Appt N° 10 - Angle Avenue Al Abtal et Rue Ouedziz - Agdal - Rabat
 INPE : 101172344 - Tél. : 05 37 77 50 00 - GSM : 06 61 35 36 75 - E-mail : mialoubaris@yahoo.fr

ECHOGRAPHIE TRANS-THORACIQUE

INFORMATIONS PATIENT

Nom & Prénom : Benhaddouch Lahcen

Date de l'Examen : 12 /12/2020

Médecin Traitant : Dr LOUBARIS

Indication : Insuffisance rénale chronique

RESULTATS :

AORTE :

- Sigmoïdes aortiques fines pas de fuite aortique, ni de sténose (V max à 1.10 m/s)
- Pas de dilatation de l'aorte initiale (41 mm).

VENTRICULE GAUCHE :

- Non dilaté : DTD : 58 mm DTS : 33 mm
- FE : 70 % en Simpson Biplan ; Absence de trouble de la cinéétique segmentaire
- Pas d'HVG SIV : 12 mm PP : 12 mm
- Remplissage diastolique : Normale avec E= 0.70 m/s, A = 0.61 m/s,
- E'= 0.09 m/s, E/E'= 7.53 Témoignant de pressions de remplissage normales.

OREILLETTE GAUCHE :

Non dilatée (diamètre à 45 mm, surface 15 cm²)

OREILLETTE DROITE:

- Non dilatée (surface à 19 cm²)

VALVE MITRALE :

- D'échostructure normale. Pas de prolapsus ni de ballonisation. IM minime.

VALVE TRICUSPIDE :

- Normale. IT minime.

CAVITES DROITES :

- Bonne fonction systolique du VD (DTD à 37 mm, Onde S à 0.17 m/s).
- VCI non dilatée et compliant.
- Pas d'HTAP.

PERICARDE :

- Sec

CONCLUSION :

- VG non dilaté et non hypertrophié, de bonne fonction systolique (FE = 70 %), Absence de trouble de la cinéétique segmentaire.
- Pressions de remplissage basses.
- OG non dilatée
- OD non dilatée
- Absence de valvulopathie significative.
- Cavités droites non dilatées.
- Bonne fonction systolique du VD.
- Pas d'HTAP
- Péricarde normal.

