

# 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.

## Diagnostique 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

Réclamation : 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

N° P19- 053364

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10079 Société : 53178

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EZZABDI FATIHA

Date de naissance :

Adresse : Passage of WAFIQ N° 15 Berrechid

Tél. : 066 876 68 26 Total des frais engagés : 800 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/12/2020

Nom et prénom du malade : EZZABDI Fatiha Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Palpitation

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 : Casa Le : 24/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
10.12.2010	CS LECG		250 071	

# 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
	15.12.2010	Echocardiographie	600 071

# AUXILIAIRES MEDICAUX

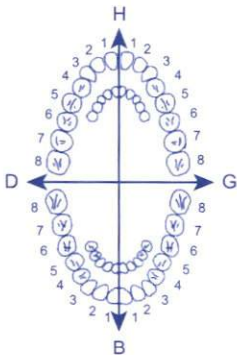
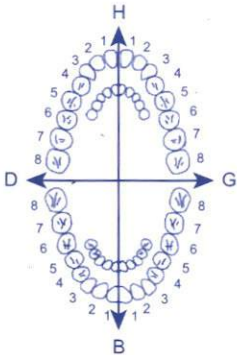
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canaux, 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																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[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



# Dr. Mourad FILALI LEMDERSI

Spécialiste en Cardiologie et Maladies Vasculaires

- \* Diplôme d'étude spécialisée en Cardiologie de la faculté de Médecine de NANCY
- \* Diplôme d'échocardiographie de la faculté de Médecine de NANCY
- \* Diplôme de Cardiologie du sport de la faculté de Médecine de PARIS
- \* Rythmologie
- \* Ancien praticien des Hôpitaux de France



N° 100165

## د. مراد الفيلالي لهدرسى

إختصاصى في أمراض القلب و الشرايين

- دبلوم التخصص في أمراض القلب بكلية الطب بتونس
- دبلوم في الفحص با لصدى بكلية الطب بتونس
- دبلوم في أمراض القلب الرياضية بكلية الطب بباريس
- أمراض إيقاع القلب
- طبيب سابقا بمستشفيات فرنسا

Mme/Mr : ERZEMMI FATMA

Berrechid le : 15/12/2020

Consultation : 1

Echo cardiographie : 600 DH

Holter ECG : 1

Holter TA : 1

Total : 600 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Six cent

Mode de règlement : opex

Patente : 40700983 - IF : 37512412 - ICE : 002283173000060

Angle Bd Mohamed V et Rue Yacoub El Mansour - Rés Haj Ahmed Berrechid

Entrée B - 1er Etage - N°1 - Berrechid - Tél: 05 22 51 76 61

Email: [filali.cardiologie@gmail.com](mailto:filali.cardiologie@gmail.com) - **Gsm Urgence: 06 84 84 15 84**

Docteur Mourad FILALI LEMDERSI  
Angle A - Cardiol. 01 - Rue Yacoub El Mansour  
El Mansour Rés. Haj Ahmed Berrechid  
Tél. 05 22 51 76 61



## Echographie Cardiaque

Surf. Corp. :

Né(e) le : 01/01/1965

Médecin : Dr FILALI

LEMDERSI

<u>Mesures 2D</u>		<u>Mesures TM</u>
Ss Ao Diam	1.95 cm	

<u>Valve Tricuspide</u>		<u>Valve Aortique</u>		<u>Valve Mitrale</u>		<u>Fonction Diastolique</u>	
IT Vmax	1.39 m/s	Ss Ao Vmax	0.97 m/s	VM E Vit	0.60 m/s		
IT GDmax	7.77 mmHg	Ss Ao Vmoy	0.63 m/s	VM T.déc	143.70 ms		
		Ss Ao GDmax	3.77 mmHg	VM Pente Dec	4.17 m/s <sup>2</sup>		
		Ss Ao GDmoy	1.84 mmHg	VM A Vit	0.80 m/s		
		Ss Ao env.Ti	283.12 ms	VM E/A Ratio	0.75		
		Ss Ao ITV	17.87 cm	VM PHT	41.67 ms		
		FC	85.21 BPM				
		VA Vmax	1.28 m/s	VM Surf (T1/2)	5.28 cm <sup>2</sup>		
		VA Vmoy	0.83 m/s				
		VA GDmax	6.52 mmHg				
		VA GDmoy	3.28 mmHg				
		VA Env.Ti	279.49 ms				
		VA ITV	23.10 cm				
		FC	87.46 BPM				
		Vol.eject.VG	53.25 ml				
		Débit Card.	4.54 l/min				
		IP	0.77				
		Surf.Ao(ITV)	2.31 cm <sup>2</sup>				

## Conclusions

**VG non dilate non hypertrophie**

**FE conservée sans trouble de la cinétique segmentaire**

PRVG non elevees

**pas de valvulopathie mitro aortique**

**CD non dilatees**

pas d htap

pericarde sec

**Dr FILALI LEMDERSI**



ID: W222678  
EZZABDI, FATIHA  
FEMME 01/01/1965 (55 ANS) NON PRÉCISÉ  
TAILLE: --- cm POIDS: --- kg TA: ---/---  
TRAITEMENT:  
OPÉRATEUR:  
NOTES:

10/12/2020 14:30

FC: 118

PR: 164

QRSd: 88

QT/QTc: 340/441

QTcB: 476

QTcF: 425

R v5-6 /S v1 0,96/0,45

Sok-Lyon: 1,41

AXES: 56/58/5

bpm

ms

ms

ms

ms

mV

mV

Non confirmé

