

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.



Déclaration de Maladie

Nº P19- 053364

Optique Autres *53128*

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

10049

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *EZZABDI FATHIHA*

Date de naissance :

Adresse : *Passage de WAFIQ N° 15 Benachrid*

Tél. : *06 68 76 68 26*

Total des frais engagés : *1000 870* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : *10/12/2020*

Nom et prénom du malade : *EZZABDI FATHIHA* Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Maladie patient*

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 : *Casab*

Le : *24/12/2020*

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 Pajement des Actes
10.12.2020	CS		250 D.F.	<i>Yacoub LEMDERSI</i>
	ETC			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Yacoub LEMDERSI</i>	15.12.2020	Echocardiographie	600 D.F.

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaire, 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			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B 00000000 00000000	MONTANTS DES SOINS
	[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. 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° 000165

Mme/Mr : ERRENDONI FRANCOIS

د. مراد الفيلالي لمدرسي

أخصاصني في أمراض القلب والشرايين

• دبلوم التخصص في أمراض القلب بكلية

الطب بنانسي

• دبلوم في الفم بـ كلية

الطب بنانسي

• دبلوم في أمراض القلب الرياضية بكلية

الطب بباريس

أمراض إيقاع القلب

طبيب سارقا بمستشفيات فرنسا

Berrechid le : 15/12/2020

Consultation : 1

Echo cardiographie : 600 DH

Holter ECG :

Holter TA :

Total : 600 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

800 DH

Mode de règlement:

Docteur Mourad FILALI LEMDERSI
Angle Av. Mohamed V et Rue Yacoub El Mansour - Rés Haj Ahmed Berrechid
Entrée B - 1er Etage - N°1 - Berrechid - Tél: 05 22 51 76 61
Tel: 05 22 51 76 61 - Entrée B - 1er étage - N°1 - Berrechid - Tél: 05 22 51 76 61
Email: filali.cardiologie@gmail.com - Gsm Urgence: 06 84 84 15 84

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 - Gsm Urgence: 06 84 84 15 84

Dr FILALI LT. JI
Echographie Cardiaque

Nom : EZZABDI, FATIHA

Date : 15/12/2020

Médecin : Dr FILALI

LEMDERSI

Taille :

Poids :

Surf. Corp. :

Né(e) le : 01/01/1965

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

<u>Valve Tricuspidé</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 AoVmoy 0.63 m/s	VM T.déc 143.70 ms	
	Ss Ao GDmax 3.77 mmHg	VM Pente Dec 4.17 m/s ²	
	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		
<u>Valve Pulmonaire</u>		VM Surf (T1/2) 5.28 cm ²	
<u>Fonction VD</u>			
	VA Vmax 1.28 m/s		
	VAVmoy 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 ²		

Conclusions

VG non dilate non hypertrophie

FE conservee sans trouble de la cinetique 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 bpm
PR: 164 ms Non confirmé
QRSd: 88 ms
QT/QTc: 340/441 ms
QTcB: 476 ms
QTcF: 425 ms
R v5-6 /S v1 0,96/0,45 mV
Sok-Lyon: 1.41 mV
AXES: 56/58/5 °

