

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.

pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

Biologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Hôpital Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M20- 0000014

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1538 Société : 55951

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DEROUICH ATIKA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNPD N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Derouich ATIKA Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° M20-00014

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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° W19-485953

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1538

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

ZERDUCH Atika

Date de naissance :

1955

Adresse :

Tél. : 06.09.00.24.26

Total des frais engagés :

1250,00 Dh

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

01/12/2002

Nom et prénom du malade :

ZERDUCH Atika

Age :

60 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

DP thoracique

ESSORFLAMENT

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
01/01/2024	CG + ECG		350000	

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
DRK 2020	04/04/2020	ETP	900,00 DH

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'EXÉCUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>												
D.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>05533412</td> <td>31433553</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	05533412	31433553	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	05533412	31433553														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

07/12/2020

Mr Deninck Atiwe

- 65 ans, p^{re}coV₂ (2 mois)
- DE 80 II/II
- R^{es}piratoire atypique

→ Echocar

Dr Nouhad JARI
Cardiologue
Tél: 05 22 89 68 68
2, Bd Oum Rabia, 2ème étage, Quinze
Hay Hassani - Casablanca - 06 98 65 68 68
Mobile: 05 22 89 68 68

Dr Nouhad JARI
Cardiologue
Tél: 05 22 89 68 68
2, Bd Oum Rabia, 2ème étage, Quinze
Hay Hassani - Casablanca - 06 98 65 68 68
Mobile: 05 22 89 68 68

0522896868

- Massif auriculaire non dilaté, libre d'échos (SOG =10 cm², SOD= 10 cm²)
- Valves mitrales peu remaniées sans fuite ni sténose
- Sigmoïdes aortiques au nombre de trois, souples avec présence d'une fuite minime sans sténose
- Cavités droites non dilatées
- IT grade I estimant la PAPS à 20 + 5 mmHg
- Bonne fonction systolique du VD
- VCI non dilatée à 12 mm, compliant
- Epanchement péricardique de faible abondance en regard des cavités droites sans retentissement hémodynamique
- Aorte abdominale de 18 mm à parois régulières

CONCLUSION :

- Bonne fonction systolique du VG, FE à 68 % en 2D
- PRVG non élevées. IAo minime
- Pas d'HTP, bon VD
- Epanchement péricardique de faible abondance

Signé : Dr N. JARDI

Dr Nourredine JARDI
Cardiologue
18, Boulevard Mohamed Taeib Naciri, Hay El Hassani,
BP82403 Oum Rabia, Casablanca, Maroc .Tel : +212 5 29 00 44 66 site web : www.hck.ma

SERVICE MEDICAL DE CARDIOLOGIE

TEL DIRECT: 0529 050 234

Casablanca le 01/12/2020

ECHOGRAPHIE TRANS-THORACIQUE

Information patient :

Nom : DEROUICH ATIKA, 65 ans

Indication : Prédiabète, Douleur thoracique atypique et essoufflement post COVID
(28/10/2020)

RESULTATS :

Mesures:

Ouverture des sigmoïdes Ao	17 mm
Epaisseur du septum intraventriculaire	10 mm
Epaississeur de la paroi postérieure	08 mm
Diamètre télé diastolique du ventricule gauche	44 mm
Diamètre télé systolique du ventricule gauche	30 mm
Pourcentage de raccourcissement	31 %
Fraction d'éjection (Teicholz)	59 %
E/A mitrale	0.77 m/s
E/e' mitrale	5.78
Ao ascendante	29 mm
ITV sous AO	15.4 cm
S'VD	13 cm/s

- VG non dilaté non hypertrophié de bonne contractilité globale et segmentaire.

Fonction systolique conservée du VG, FE à 68 % en biplan

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 118 620 / 2020 du 01/12/2020

Nom patient : DEROUICH ATIKA

Entrée 01/12/2020

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 01/12/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
ECHODOPPLER CARDIAQUE	1,00		900,00 Sous-Total	900,00 900,00
Total Frais Clinique				900,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

NEUF CENTS DIRHAMS

Total 900,00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	900,00	900,00	0,00

Hopital universitaire Prince Cheikh Khalifa
Consultation de la clinique

Reçu de caisse

N° : 201201130157SA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000278489	DEROUICH ATIKA	01/12/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	491	900,00
	Total payé	900,00

Reçu établi par : SARSLA

Hôpital universitaire international
Cheikh Khalifa
Consultation Cardiologie

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

N° 118 519 / 2020 du 01/12/2020

Nom patient : DEROUICH ATIKA

Entrée 01/12/2020

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 01/12/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Consultation avec électrocardiogramme	1,00		350,00 Sous-Total	350,00 350,00
Total Frais Clinique				350,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :		
TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS		Total
		350,00

Encaissements						Total encaissé	Solde
							350,00

Faculté Universitaire International
Centre de Santé Cardiaque
Consultation

Id :
, Atika

Indéfini --- (---) Indéfini

Taille : 0 cm Poids : 0 kg TA : 0/0 mmHg

Méd. :

Technicien :

Commentaires :

TA 1 136/17

01/12/2020 18:01:55

FC: 63 bpm

PR: 148 ms

QRS: 88 ms

QT/QTcH: 394/399 ms

QTcB: 404 ms

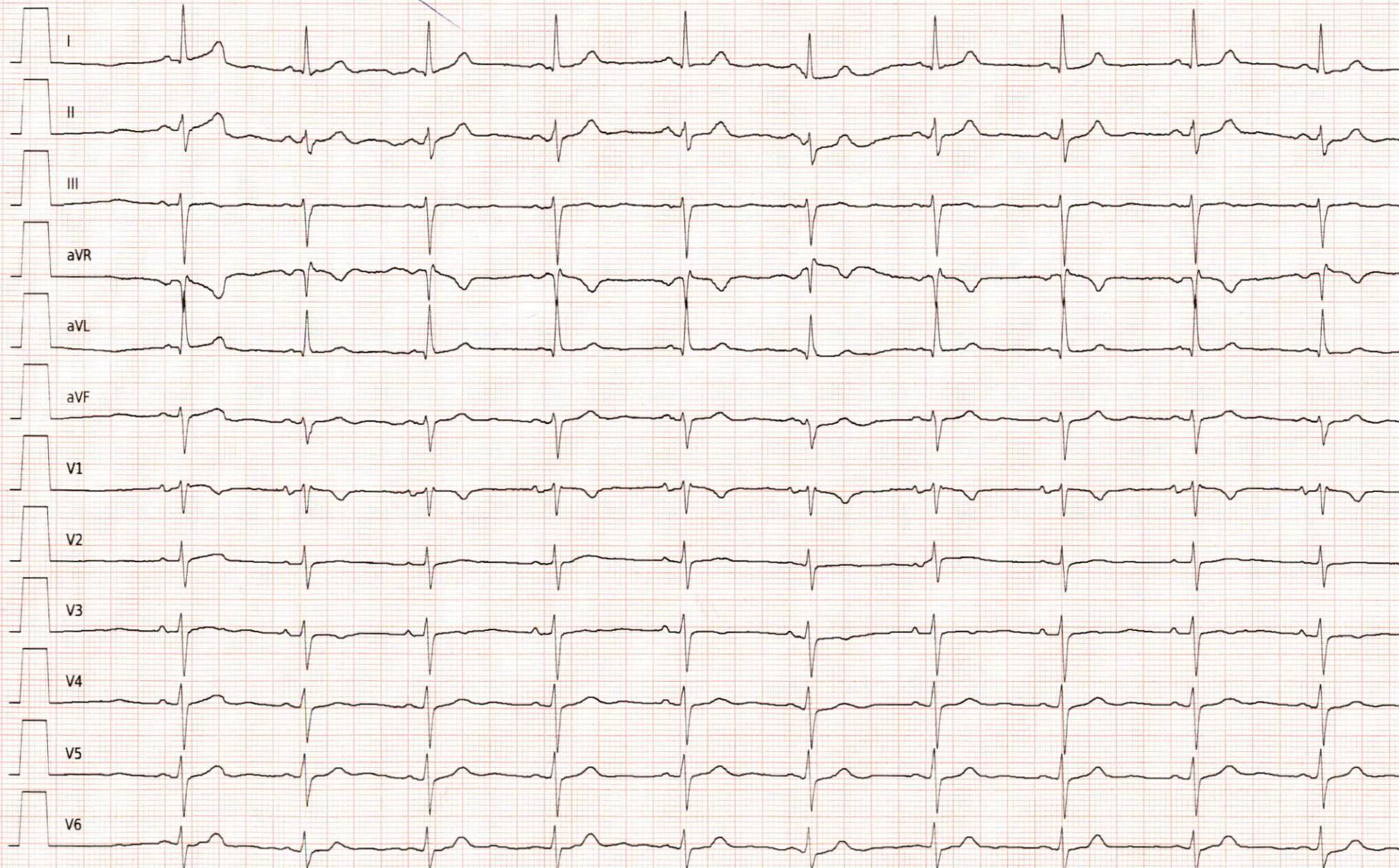
QTcF: 400 ms

R_{v5-6}/S_{v1} : 0.56/0.49 mV

Sok-Lyon : 1.05 mV

Axe: 36/-28/38 °

RAPPORT NON CONFIRMÉ



Dép. :

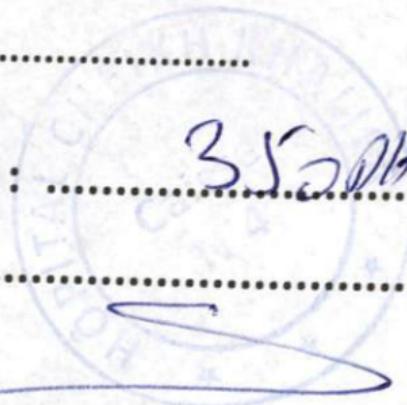
25mm/s 10mm/mV LP:40Hz AC:50Hz Cardioline ECG200S v.2.11.7693

Date : 01/12/2014

Quittance - Paiement espèces

0522552

IPP :

D'admission : Montant :
Patient : DEBOKICH Atika


Cachet



01/12/20 12:55:05
9900397820
93978201
HOP CHEIKH KHALIFA G4
Casablanca

A0000000031010
APP : VISA
MME DEROUICH ATIKA
401713xxxxxx2652
CARTE NATIONALE
95978D400EE577F2
621-0-9999-1-44

MONTANT: 900,00 MAD
NUM TRANSACTION : 004
NUM AUTORISATION: 007985
STAN : 000491

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE COMMERCANT

DEROUICH, ATIKA
01/01/1955

HOPITAL CHEIKH KHALIFA M5Sc
01/12/20 13:14:10 USR CARDIO

MI 1.4
TIs 0.9

OD Surf 10.7 cm²
OG Surf 10.0 cm²

10

V

5

10

+

15



DEROUICH, ATIKA
01/01/1955

HOPITAL CHEIKH KHALIFA M5Sc
01/12/20 13:11:27 USR CARDIO

MI 1.4
TIs 0.4

SIv
VGd
PPVGd
SIVs
VGs
PPVGs
Vol.Téléd.(Teich)
Vol.Télés.(Teich)
FE(Teich)
FR%
Vol.Eject.(teich)
Mas.VGd.ind.(ASE)
Mas.VG.ind.syst.(ASE)

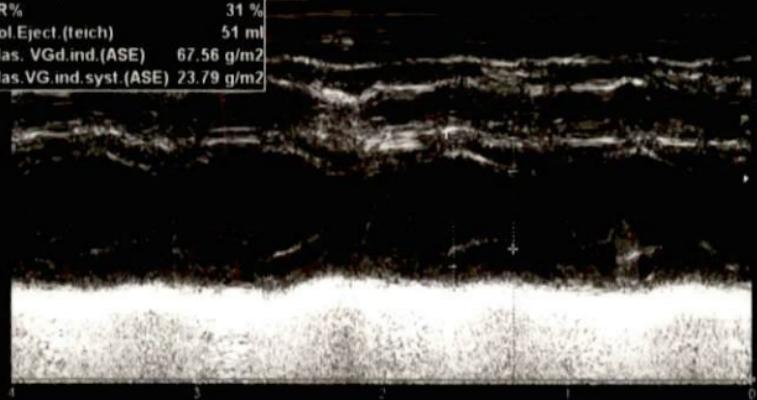
1.0 cm
4.4 cm
0.8 cm
1.3 cm
3.0 cm
0.0 cm
86 ml
35 ml
59 %
31 %
51 ml
67.56 g/m ²
23.79 g/m ²

10

V

15

[cm]



DEROUICH, ATIKA
01/01/1955

HOPITAL CHEIKH KHALIFA M5Sc
01/12/20 13:10:27 USR CARDIO

MI 1.4
TIs 0.6

Ao Asc 2.9 cm

10

V

15



DEROUICH, ATIKA
01/01/1955

HOPITAL CHEIKH KHALIFA M5Sc
01/12/20 13:18:33 USR CARDIO

MI 1.4
TIs 0.6

FE (Biplan)	68 %
Vol.VG.tD(sim. BP)	64 ml
Vol.VG.tS(sim. BP)	20 ml
FE VG (sim.A2C)	69 %
Vol. Eject.(simpson A2C)	42 ml
VGs Long(A2C)	5.1 cm
Vol.VG.tS(sim.2cav)	19 ml
VGd Long(2cav)	7.5 cm
Vol.VG.tD(sim.2cav)	61 ml



DEROUICH, ATIKA
01/01/1955

HOPITAL CHEIKH KHALIFA M5Sc
01/12/20 13:18:05 USR CARDIO

MI 1.4
TIs 1.0

Ao Surf Vmax	1.6 cm/s
Surf.Ao(ITV)	1.6 cm/s
AVAI (VTI)	0.868 cm ² /m ²
AVAI (Vmax)	0.860 cm ² /m ²
Ss Ao Vmax	0.79 m/s
Ss Ao Vmoy	0.55 m/s
Ss Ao GDmax	2.51 mmHg
Ss Ao GDmoy	1.34 mmHg
Ss Ao ITV	15.4 cm
Ss Ao env.Ti	280 ms
FC	59 BPM
Vol.eject.VG	34 ml
Vol.eject.ind.VG	18.06 ml/m ²
Débit Card.	1.97 l/min
Débit Card.Ind.	1.06 l/min/m ²



DEROUICH, ATIKA
01/01/1955

HOPITAL CHEIKH KHALIFA M5Sc
01/12/20 13:15:40 USR CARDIO

MI 1.1
TIs 1.7

v	0.13 m/s
p	0.07 mmHg



DEROUICH, ATIKA
01/01/1955

HOPITAL CHEIKH KHALIFA M5Sc
01/12/20 13:15:19 USR CARDIO

MI 1.4
TIs 1.0

E/E'	5.78
VM E Vit	0.50 m/s
VM T.déc	213 ms
VM Pente Dec	2.3 m/s ²

