

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 canaux, 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 canaux.

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

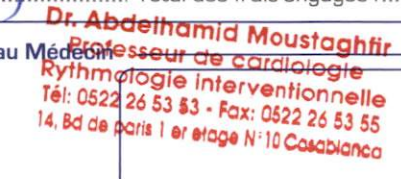
M22- N° 003734

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2423 Société : RAM - 133239
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KADAN NAWA
 Date de naissance : 22/05/1953
 Adresse : 127 Bd Stalle yaout zone Etage 04 Lr
 Tél. : 0663355119 Total des frais engagés : 500.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 03 OCT. 2022
 Nom et prénom du malade : Hammed el Bousachli Abdelhak
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Pathologie de la chaudière
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : Casablanca Signature de l'adhérent(e) : Le : 11/10/19

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
03 OCT. 2022	consultation de suivi du p.c.e. m.ken		500	Dr. Abdelhamid Maustaghfir Professeur de cardiologie Rhymologie Interventionnelle Tél: 0522 26 53 53 - Fax: 0522 26 53 55 14, Bd de p.p. 1 er étage N:10 Casablanca

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

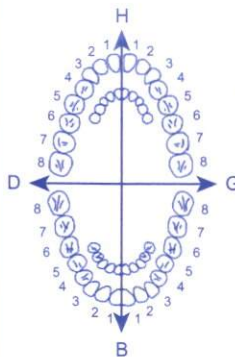
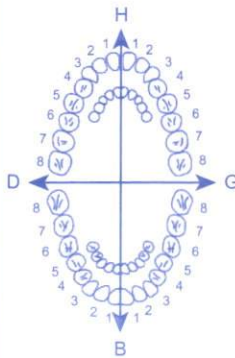
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MAMMER EL BOURACHDI ,Abderrahim

03/10/2022 11:03:05

ID: 7026

DDN: 01/01/1952

70 Ans , 176 Cm , 79 Kg

Homme , Inconnu

Méd.:

Site:

Médecin traitant:

Notes: 147/93

FC: 119 BPM
Int PR: 200 ms
Durée QRS: 138 ms
QT/QTc: 366/436 ms
Axes P-R-T: 266 -43 262
RR Moy: 504 ms
QTcB: 515 ms
QTcF: 459 ms

RAPPORT NON CONFIRM

Revu par:

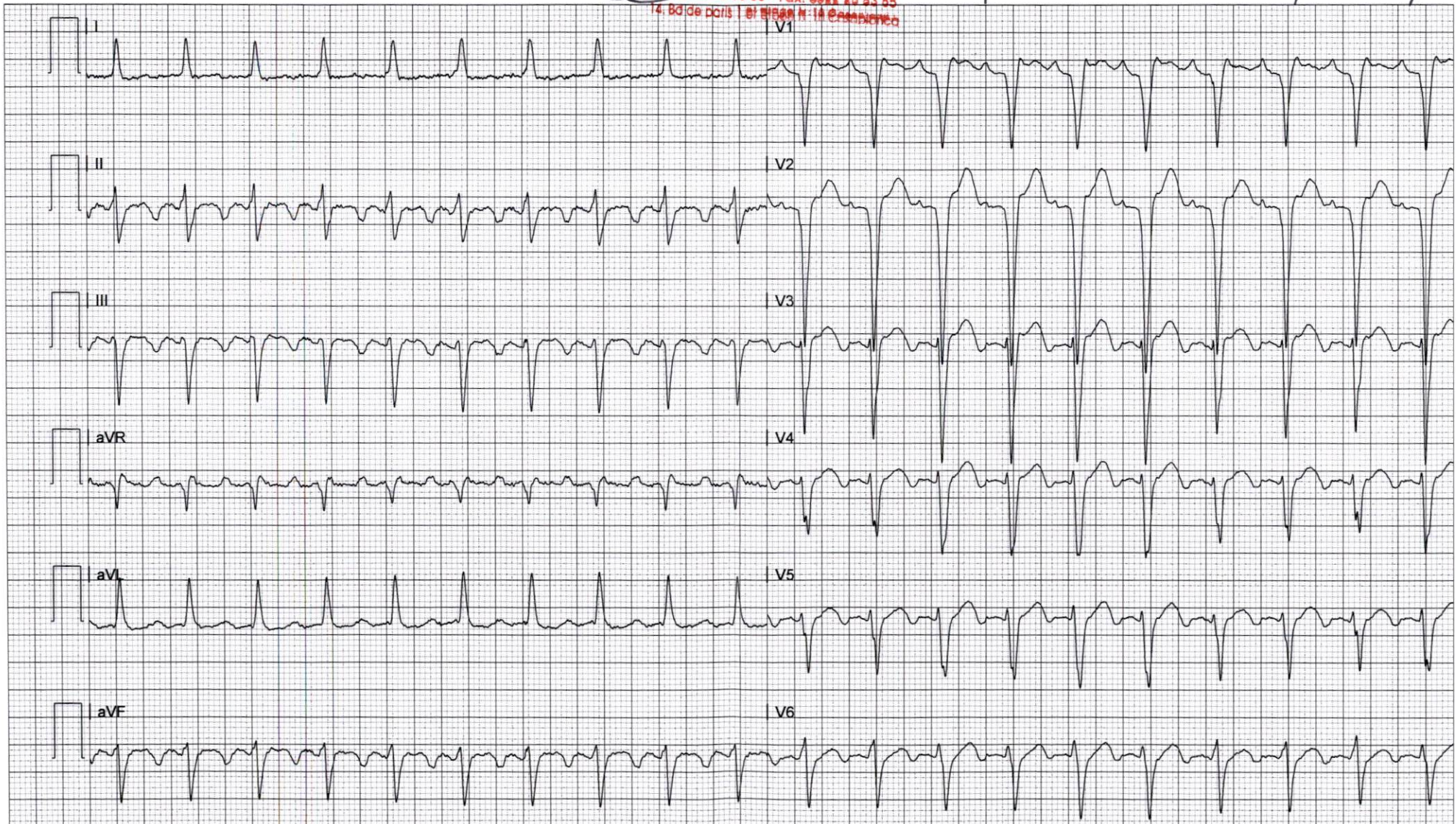
Signé par:

Date:

Dr. Abdelhamid Moustaghfir
Professeur de cardiologie
Rythmologie interventionnelle
Tél: 0522 26 53 53 - Fax: 0522 26 53 55
14 Bd de Paris 1 - 91000 Evry-Courcouronnes

flutter droit ou tachycardie atriale

Reprise ventriculaire rapide symptomatique



Pacemaker Model: Vitatron G70A2 DR
Serial Number: 550122262

03-Oct-2022 12:08:47
Software VSF21 8.2
Copyright (c) Vitatron 2017

Battery and Lead Measurements Report

Page 1

Battery Status 03-Oct-2022 12:08:45

Battery Status	OK
Date Of Implant	29-Jul-2022 14:39
Voltage	2.80 V
Current	12.08 μ A
Impedance	100 ohms

Remaining Longevity

Estimated at	12 years
Minimum	9.5 years
Maximum	14 years

Based on Past History

Pacemaker Model: Vitatron G70A2 DR
Serial Number: 550122262

03-Oct-2022 12:08:53
Software VSF21 8.2
Copyright (c) Vitatron 2017

Battery and Lead Measurements Report

Page 2

Lead Status 03-Oct-2022 12:08:45


	Atrial	Ventricular
Amplitude	1.60 V	1.65 V
Pulse Width	0.40 ms	0.40 ms
Output Energy	2.54 μ J	1.57 μ J
Current	4.42 mA	2.53 mA
Impedance	324 ohms	613 ohms
Pace Polarity	Unipolar	Bipolar

Cabinet de cardiologie à orientation rythmologique

Dr Moustaghfir Abdelhamid

Professeur de cardiologie

Note d'honoraire N°322/2022

La Date	Nom et prénom	Acte	Montant	Signature et cachet du médecin traitant
03/10/2022	Mammer el bourachdi abderrahim	Consultation de suivi du pacemaker	Cinq cent dirhams (500 dh)	 Dr. Abdelhamid Moustaghfir Professeur de cardiologie Rythmologie Interventionnelle Tél: 0522 26 53 53 - Fax: 0522 26 53 55 14, Bd de Paris 1 ^{er} étage N°10 Casablanca

14, Bd de Paris, 1er étage N°10 Casablanca 20000.

Tél : 05 22 26 53 53/Fax : 05 22 26 53 55 – ICE 001676319000072

Email :cabinetrythmologie@gmail.com