

## 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge



## Déclaration de Maladie

N° W21-768910

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ ALD

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1186 Société : AS 7930  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : YAKOUTY TAIBI  
 Date de naissance : 01/03/1950  
 Adresse : HAY HANA - RUE PASSAGE HASSANE - N°6 CASABLANCA  
 Tél. : 06 61 76 79 62 Total des frais engagés : 500 DHS  
 0522 36 30 65 yakouty@yaka.fr

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Abdelhamid Moustaghfir  
 Professeur de cardiologie  
 Rythmologie interventionnelle  
 Tél: 0522 26 53 53 - Fax: 0522 26 53 55  
 14 R. Hassan II - Casablanca  
 Date de consultation : 06 MAR 2023  
 Nom et prénom du malade : Serkallane Rachida Age: 68ans  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Perte de conscience  
 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  
 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : 06/03/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

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
06 MARS 2023	contrôle le patient		500 dh	INP : 101100261

# 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 Particien	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	INP : <input type="text"/>
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             H              25533412              0000000              D              0000000              35533411           </div> <div>             21433552              0000000              G              0000000              11433553           </div> </div> B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT 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'EXEC

# Wrap-up™ Overview

Page 1 of 2

**Patient**

Date of Birth

EF %

Unknown

**Indications for Implant**

Implant Physician PR MOUSTAGHFIR

**Device**

Pacemaker

A Lead

V Lead

**Manufacturer**

St. Jude Medical

St. Jude Medical

St. Jude Medical

**Model**

Endurity™ 2162

**Serial**

6594418

CPR060325

CPT357631

**Implant Date**

Jan 6, 2023

Jan 6, 2023

Jan 6, 2023

**Battery**

Longevity: 10.8-11.4 yrs



Voltage

3.04 V

Magnet Rate

100.0 ppm

Battery Current

9 uA

Remaining Capacity to ERI

&gt;95%

Longevity estimate increased due to activities this session

**Test Results** Mar 6, 2023

A Automatic

**Capture**
**Sense**
**Lead Impedance**

A 0.625V @ 0.4ms (Bi) A

2.7mV (Bi) A

430 Ω (Bi) A

V 0.75V @ 0.4ms (Bi)

2.3mV (Bi) A

650 Ω (Bi) A

**Parameters**

Mode

DDD

Base Rate

60 bpm

Max Track Rate

130 bpm

Paced AV Delay

225 ms

Sensed AV Delay

190 ms

**Programming Changes**

A. Pulse Amplitude

Initial

2.5 V

Final

n/a

A. Sensitivity

0.5 mV

Auto A

ACap™ Confirm

Monitor

On

Atrial AutoSense

Off

On

Atrial Max Sensitivity

n/a

0.3 mV

Post-Paced Atrial Decay Delay

n/a

0 ms

Post-Paced Atrial Threshold Start

n/a

0.8 mV

Post-Paced Ventricular Decay Delay

n/a

Auto

Post-Paced Ventricular Threshold Start

n/a

Auto

Post-Sensed Atrial Decay Delay

n/a

0 ms

Post-Sensed Atrial Threshold Start

n/a

50 %

Post-Sensed Ventricular Decay Delay

n/a

60 ms

Post-Sensed Ventricular Threshold Start

n/a

75 %

V. Pulse Amplitude

3.5 V

1.75 V

V. Sensitivity

2.0 mV

Auto A

Ventricular AutoSense

Off

On

Ventricular Pacemaker Max Sensitivity

n/a

0.5 mV

Ventricular Sense Refractory

250 ms

125 ms

Manual-programmed

Auto-programmed




**Cabinet de cardiologie à orientation rythmologique**

**Dr Moustaghfir Abdelhamid**

**Professeur de cardiologie**

**Note d'honoraire N°076/2023**

<b><i>La date</i></b>	<b><i>Nom et prénom</i></b>	<b><i>Acte</i></b>	<b><i>Montant</i></b>	<b><i>Signature et cachet du médecin</i></b>
<b><i>06/03/2023</i></b>	<b><i>Oukallane rachida</i></b>	<b><i>Contrôle de pacemaker</i></b>	<b><i>Cinq cent dirhams (500 dh)</i></b>	

**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**



Nom : <b>Oukallane</b>	Né le : <b>26.06.1957</b>	FC : <b>89 /min</b>	RR : <b>675 ms</b>	Validé par :
Prénom : <b>Rachida</b>	Sexe : <b>Féminin</b>	Axe P : <b>53 °</b>	P : <b>113 ms</b>	
IDP : <b>591</b>	Taille : <b>-- cm</b>	Axe QRS : <b>45 °</b>	PQ : <b>128 ms</b>	
Visite : <b>--</b>	Poids : <b>93 kg</b>	Axe T : <b>-6 °</b>	QRS : <b>84 ms</b>	
Date : <b>06.03.2023</b>	PA : <b>-- / -- mmHg</b>		QT : <b>402 ms</b>	
Heure : <b>16:43:01</b>	Origine : <b>Non défini</b>		QTc : <b>489 ms</b>	

ID demande :  
Remarques : 152/80  
Traitement :

Émetteur de la

PBD

Rythme paroxysmal

Dr. Abdelhamid Moustaghfir  
Professeur de cardiologie  
Rythmologie interventionnelle  
Tél: 0522 26 53 53 Fax: 0522 26 53 53  
Page 1 de 1

