

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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1186

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : YAKOUTY TAIBI

Date de naissance : 01/01/1950

Adresse : HAY HANA - RUE PASSAGE HASSANE - N°6

CASAABANCA

Tél. : 06 61 76 79 62

0522 36 30 65

Total des frais engagés :

500 Dhs

yakouty@yahoo.fr

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdelhamid Moustaghfir
Professeur de cardiologie
Rythmologie interventionnelle
Télé: 0522 26 53 53 - Fax: 0522 26 53 59
14 Rue Hassan II - Casablanca - Maroc

Date de consultation : 06 MARS 2023

Nom et prénom du malade : Dr Kallane Rachida

Age: 66ans

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Perle ker dr kalle chame

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'atté 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) :

Déclaration de Maladie

N° W21-768910

Optique

Autre

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Date des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
06 MARS 2023	contôle le secretaire		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
		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	INP :
				INP : []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DATE DU DEVIS []
				DATE DE L'EXECUTION []

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	26533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC



ST. JUDE MEDICAL

Endurity™ 2162 Pacemaker 6594418
Implanting Physician: PR MOUSTAGHFIR

Mar 6, 2023

4:50 pm

In-Clinic

Wrap-up™ Overview

Page 1 of 2

Patient	Indications for Implant
Date of Birth	
EF %	Unknown

Implant Physician	PR MOUSTAGHFIR
-------------------	----------------

Device	Manufacturer	Model	Serial	Implant Date
Pacemaker	St. Jude Medical	Endurity™ 2162	6594418	Jan 6, 2023
A Lead	St. Jude Medical		CPR060325	Jan 6, 2023
V Lead	St. Jude Medical		CPT357631	Jan 6, 2023

Battery

Longevity: 10.8-11.4 yrs	Voltage	3.04 V	
 ~ERI	Magnet Rate	100.0 ppm	Longevity estimate increased due to activities this session
> 5 yrs	Battery Current	9 μA	
	Remaining Capacity to ERI	>95%	

Test Results Mar 6, 2023

④ Automatic

	Capture	Sense	Lead Impedance
A	0.625V @ 0.4ms (Bi) ④	2.7mV (Bi) ④	430 Ω (Bi) ④
V	0.75V @ 0.4ms (Bi)	2.3mV (Bi) ④	650 Ω (Bi) ④

Parameters

Mode	DDD
Base Rate	60 bpm
Max Track Rate	130 bpm
Paced AV Delay	225 ms
Sensed AV Delay	190 ms

Programming Changes

	Initial	Final
A. Pulse Amplitude	2.5 V	↳ n/a
A. Sensitivity	0.5 mV	↳ Auto ④
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	↳ 80 ms
Post-Sensed Ventricular Threshold Start	n/a	↳ 75 %
V. Pulse Amplitude	3.5 V	↳ 1.75 V
V. Sensitivity	2.0 mV	↳ Auto ④
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

<i>La date</i>	<i>Nom et prénom</i>	<i>Acte</i>	<i>Montant</i>	<i>Signature et cachet du médecin</i>
<i>06/03/2023</i>	<i>Oukallane rachida</i>	<i>Contrôle de pacemaker</i>	<i>Cinq cent dirhams (500 dh)</i>	<i>Moustaghfir Abdelhamid Professeur de cardiologie Rythmologie interventionnelle Tél: 0522 26 53 53 - Fax: 0522 26 53 55 14, Bd de Paris 1er étage N°10 Casablanca</i>

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 :	Oukallane	Né le :	26.06.1957	FC :	89 /min	RR :	675 ms	Validé par :
Prénom :	Rachida	Sexe :	Féminin	Axe P :	53 ° P :	113 ms		PBD
IDP :	591	Taille :	-- cm	Axe QRS :	45 ° PQ :	128 ms		
Visite :	--	Poids :	93 kg	Axe T :	-6 ° QRS :	84 ms		
Date :	06.03.2023	PA :	-- / -- mmHg		QT :	402 ms		
Heure :	16:43:01	Origine :	Non défini		QTc :	489 ms		
ID demande :		Emetteur de la						
Remarques :	152/80							
Traitements :								

