

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



199 138

Déclaration de Maladie

M23- N° 0039502

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1625 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MIKOU Abdelilah
Date de naissance : 01/01/1977
Adresse : 52 Bd Abdelkader Boutaleb
Résidence Salsabila CASABLANCA
Tél. 0642778402 Total des frais engagés : 800,00 Dhs

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
10 Bd des Paris 1er étage N°10 Casablanca
Date de consultation : 28 FEB. 2024
Nom et prénom du malade : MIKOU Abdelilah Age: 47
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Défibrillateur triple chambre
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 Le : / /
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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 |
|-----------------|--|-----------------------|---------------------------------|---|
| 28 FEV. 2024 | acte de réhabilitation Triple chambre + ECG | | 800th | <i>[Signature]</i> Dr. Abdelhamid Moustaghfir Professeur de cardiologie Rythmologie Interventionnelle Tél: 0522 26 53 53 - Fax: 0522 26 53 55 4, Bd de la Paix - 1er 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

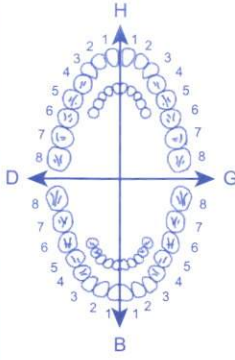
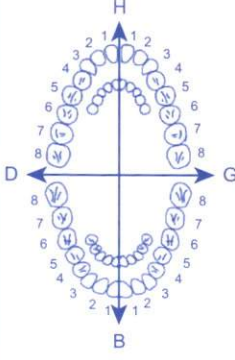
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

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 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> | | | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | 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

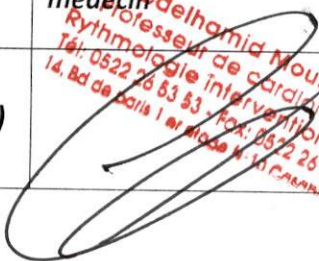
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Cabinet de cardiologie à orientation rythmologique

Dr Moustaghfir Abdelhamid

Professeur de cardiologie

Note d'honoraire N°071/2024

| La date | Nom et prénom | Acte | Montant | Signature et cachet du médecin |
|------------|-------------------|---|----------------------------|--|
| 28/02/2024 | Mikou abdel illah | Contrôle de défibrillateur triple chambre+ECG | Huit cent dirhams (800 dh) |  Dr. Abdelhamid Moustaghfir Professeur de cardiologie Rythmologie Interventionnelle Tél: 0522 26 53 53 - Fax: 0522 26 53 55 14, Bd de Paris 1er 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

| | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|------------------------|---------------------|
| Nom : Mikou | Né le : 01.01.1947 | FC : 77 /min | RR : 782 ms |
| Prénom : Abdel illah | Sexe : Masculin | Axe P : -- ° | P : -- ms |
| IDP : 476 | Taille : 177 cm | Axe QRS : 240 ° | PQ : -- ms |
| Visite : -- | Poids : 73 kg | Axe T : 83 ° | QRS : 159 ms |
| Date : 28.02.2024 | PA : -- / -- mmHg | | QT : 438 ms |
| Heure : 09:04:46 | Origine : Non défini | | QTc : 495 ms |
| ID demande : | Émetteur de la | | |
| Remarques : 124/68 | | | |
| Traitement : | | | |

Validé par :

FA

Pomme Rhythmia

Dr. Abdelhamid Moustaghfir
Professeur de cardiologie
Rythmologie Interventionnelle
Tél: 0522 26 63 53 - Fax: 0522 26 63 55
14, rue de la Paix 1 er étage W-10 Crechesnoes

ABDELILAH MIKOU

Device: Compia MRI CRTD DTMC2D1
Serial Number: RPR609063S

Date of Visit: 28-Feb-2024 09:07:37
SW034 Software Version 8.5 (3.1)
Copyright © Medtronic, Inc. 2020

Battery and Lead Measurements Report

Page 1

Last Interrogation: 28-Feb-2024 09:07:37

| | |
|---------------------|-------------|
| Remaining Longevity | 28-Feb-2024 |
| Estimated at | 7.7 years |
| Minimum: | 6.7 years |
| Maximum: | 8.7 years |

| | |
|----------------------------------|-----------|
| RRT | > 5 years |
| (based on initial interrogation) | |

| | |
|-----------------|-------------|
| Battery Voltage | 28-Feb-2024 |
| Voltage | 2.99 V |
| (RRT=2.73V) | |

| | |
|-------------|-------------|
| Last Charge | 06-Feb-2024 |
| Charge Time | 3.8 sec |
| Energy | 0.0 - 18 J |

| | |
|---------------------------|-------------------|
| Sensing Integrity Counter | Since 30-Aug-2023 |
| Short V-V Intervals | 0 |

| | |
|----------------|----------------------|
| Lead Impedance | |
| A. Pacing | 323 ohms 28-Feb-2024 |

ABDELILAH MIKOU

Device: Compia MRI CRTD DTMC2D1
Serial Number: RPR609063S

Date of Visit: 28-Feb-2024 09:07:37
SW034 Software Version 8.5 (3.1)
Copyright © Medtronic, Inc. 2020

Battery and Lead Measurements Report

Page 2

Lead Impedance

| | | |
|-----------------------------|----------|-------------|
| RV Pacing (Bipolar) | 665 ohms | 28-Feb-2024 |
| LV Pacing (LVtip to RVcoil) | 646 ohms | 28-Feb-2024 |
| RV Defib | 44 ohms | 28-Feb-2024 |
| SVC Defib | 54 ohms | 28-Feb-2024 |

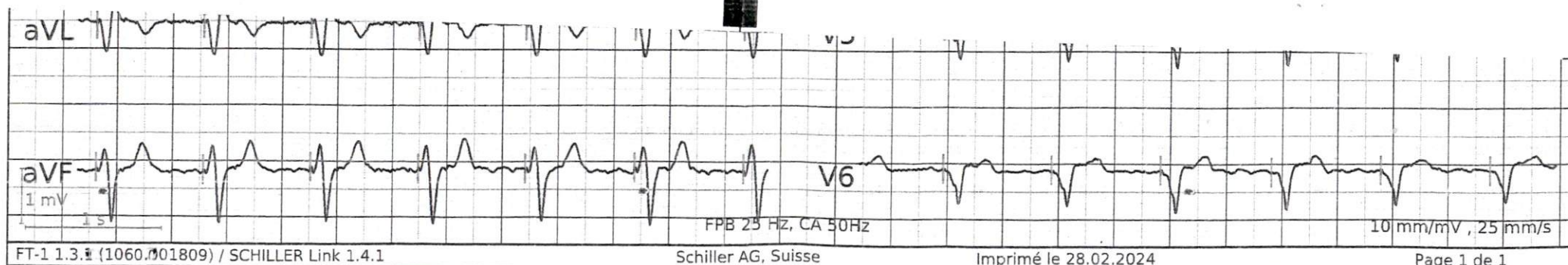
Sensing

| | | |
|------------------|---------|-------------|
| P-Wave Amplitude | 0.6 mV | 28-Feb-2024 |
| R-Wave Amplitude | No Data | |

Last High Voltage Therapy

No measurement since reset.

Dr. Abdelhamid Moustaghfir
Professeur de cardiologie
Rythmologie Interventionnelle
Tél: 0522 26 63 53 - Fax: 0522 26 63 55
14, rue de la Paix 1 er étage W-10 Crechesnoes



Né le : 01.01.1947
Sexe : Masculin
Taille : 177 cm
Poids : 73 kg
PA : -- / -- mmHg
Origine : Non défini

| | | | |
|-----------|---------|-------|--------|
| FC : | 77 /min | RR : | 782 ms |
| Axe P : | -- ° | P : | -- ms |
| Axe QRS : | 240 ° | PQ : | -- ms |
| Axe T : | 83 ° | QRS : | 159 ms |
| | | QT : | 438 ms |
| | | QTc : | 495 ms |

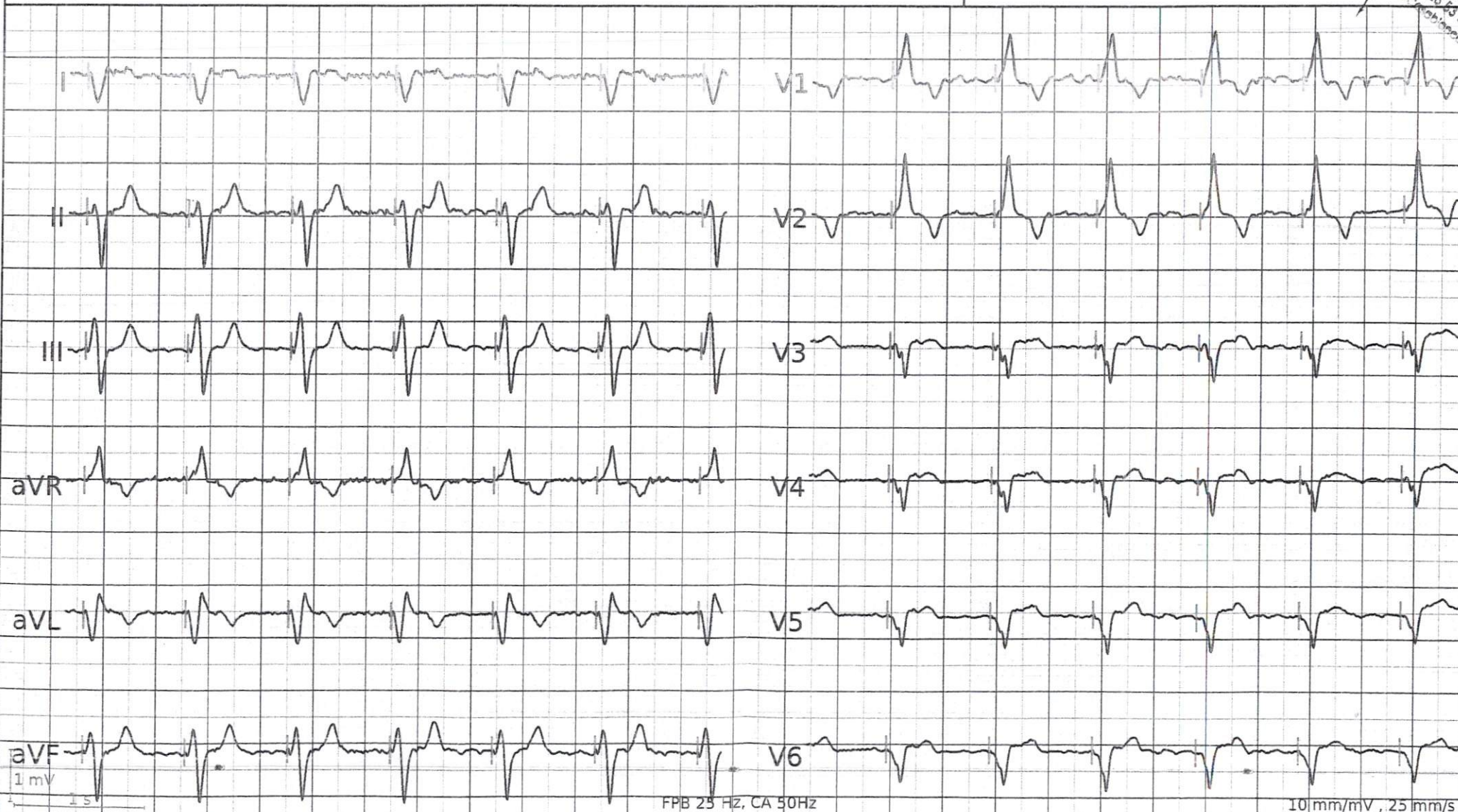
FA

Poome Resynchronis

Dr. Abdelhamid Moustaghfir
Professeur de cardiologie
rythmologie interventionnelle
tel: 0522 26 53 55 - fax: 0522 26 53 55
14 Rue de la République - 33000 Bordeaux

Émetteur de la

Traitement :





Casablanca le : 28 FEV. 2024

Electrocardiogramme de surface

Nom : Mikhoul
Prénom : Abdel illah