

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.

Diagnostique 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.

Prothèse 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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0041277

N° 35522

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1625

Société : R.A.M

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MIKOU Abdelilah

Date de naissance : 01/01/47

Adresse : 52 Bd Abdelhadi Boutaleb
Résidence Salsabila CASABLANCA

Tél. : 0642778402

Total des frais engagés : 600

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdelhamid Moustagni
Professeur de cardiologie
Rythmologie interventionnelle

Tel : 05 22 26 53 53 - Fax : 05 22 26 53 53

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

Date de consultation : 06 JUL 2019

Nom et prénom du malade : MIKOU Abdelilah

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Defectueux de la chaîne musculaire
Cardiopathie

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) :

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 JUL 2020	consultation de suivi du défibrillateur		600 dh	Dr. Abdelhamid Moustakim Professeur de cardiologie Rhéumologie Interventionnelle Tel: 05 22 26 52 53 - Fax: 05 22 26 52 53 14, Bd de Paris 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

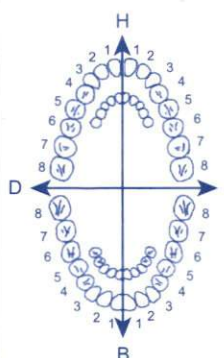
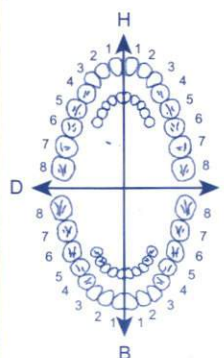
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														


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°0422/2020

<i>La Date</i>	<i>Nom et prénom</i>	<i>Acte</i>	<i>Montant</i>	<i>Signature et cachet du médecin traitant</i>
06/07/2020	Mikou abdel illah	Consultation de suivi du défibrillateur	Six cent dirhams (600 dh)	

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 :moustaghfir64@gmail.com

MIKOU Abdelilah
Dispositif : Viva XT CRT-D DTBA2D1
Numéro de série : BLJ616836S

Date de la visite : 06-Jul-2020 18:15:10
SW016 Version logiciel 8.2 (5.1)
Copyright © Medtronic, Inc. 2015

Rapport mesures pile et sondes

Page 1

Date interrogation : 06-Jul-2020 18:15:10

Événement résiduelle 06-Jul-2020
Durée à : 2.0 ans
Durée : 1.2 ans
Durée : 2.7 ans



RRT > 5 ans
(basée sur l'interrogation initiale)

État de la pile 06-Jul-2020
Tension : 2.92 V
(RRT=2.73V)

État de charge 02-Jul-2020
Temps de charge : 4.2 s
Énergie : 0.0 - 18 J

État d'intégrité de la détection Depuis 06-Jan-2020
Alertes V-V courts : 0

Position position sonde auriculaire
Date mesure depuis réinit.

MIKOU Abdelilah
Dispositif : Viva XT CRT-D DTBA2D1
Numéro de série : BLJ616836S

Date de la visite : 06-Jul-2020 18:15:10
SW016 Version logiciel 8.2 (5.1)
Copyright © Medtronic, Inc. 2015

Rapport mesures pile et sondes

Page 2

Impédance sonde

Stimulation A.	437 ohms	06-Jul-2020
Stimulation VD (Bipolaire)	722 ohms	06-Jul-2020
Stimulation VG (DistaleVG/SpireVD)	665 ohms	06-Jul-2020
Défibrillation VD	47 ohms	06-Jul-2020
Défibrillation VCS	58 ohms	06-Jul-2020

Détection

Amplitude d'onde P	0.8 mV	06-Jul-2020
Amplitude d'onde R	>20 mV	06-Jul-2020

Dernière thérapie haute tension

Pas de mesure depuis réinit.

ID: 0011
DDN: 01/01/1947
73 Ans, 177 Cm, 77 Kg
Homme, Inconnu
Méd.:
Site:
Médecin traitant:
Notes: 103/55

FC: 64 BPM
Int PR: --- ms
Durée QRS: 209 ms
QT/QTc: 458/467 ms
Axes P-R-T: --- 208 94
RR Moy: 934 ms
QTcB: 473 ms
QTcF: 468 ms

RAPPORT NON CONFIRM
Revu par:

Signé par:
Date:

Dr. Moukhammed Mustaghni
Professeur de cardiologie
Arrhythmologie Interventionnelle
Tel: 05 22 26 53 53 - Fax: 05 22 26 53 55
4 Bd de la Drie 1er étage 31000 Toulouse

FA,

bonne stimulation Biv

