

## 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.

N° W19-511745

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		17680	
Matricule : 05888		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Benoît Zedde		Date de naissance : 24/10/1967	
Adresse :			
Tél. : 0662986686		Total des frais engagés : 1300.00 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Dr. Abdelhamid Moustaghfir Professeur de cardiologie Rythmologie interventionnelle 14,05.22.26.53.53 - Fax : 05.22.26.53.55 14, Bld de Paris 1er étage N°10 - Casablanca	
MUPRAS 22 JAN, 2020	
Date de consultation : 16/01/2020	Age : 55
Nom et prénom du malade : Idrissi Hassan Ali ISmael	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Compteur d'enfant
Nature de la maladie : Perturbation de la connaissance	
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.

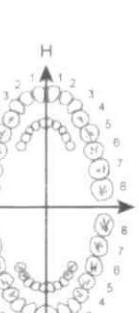
Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 01/01/2020

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Chèque ou Mandat du Médecin
15 JAN 2020	Maladie mentale	1000 dh	1000 dh	1000 dh
	de 14 heures			
21 JAN 2020	CS + ECG	300 dh	300 dh	300 dh

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins																		
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> (Leave blank for ODF)	<b>Nature des Soins</b> (Leave blank for ODF)	<b>Coefficient</b> (Leave blank for ODF)														
				<b>INP :</b> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/>														
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/>														
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/>														
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/>														
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/>														
<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>          Fonctionnel: Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/>														
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/>														
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/>														
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/>														
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																		
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																		

**Cabinet de cardiologie à orientation rythmologique**

**Dr Moustaghfir Abdelhamid**  
**Professeur de cardiologie**

**Note d'honoraire N°0052/2020**

<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 traitant</i></b>
<b><i>16/01/2020</i></b>	<b><i>Idrissi mansouri ismail</i></b>	<b><i>Holter rythmique de 24 heures</i></b>	<b><i>Mille dirhams (1000 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 :moustaghfir64@gmail.com**

### Données du patient

Nom	IDRISSI MANSOURI, ismail	Numéro de cas
ID		Début d'enr. 16/01/2020 16:42:46
Age	10 Date de naissance: 13/03/2009	Longueur 21:02:00 valide: 20:56:53
Sexe	homme	Enregistreur FD12plus (1196/2.3 / 1.18)
Adresse		Méd. Référent
Téléphone		Contact

Motif de l'enregistrement
Thérapie en cours
Thérapie recommandée

### Général

Battements	81062
ESV	0 (0,00%)
Battements normaux	81062 (100,00%)
Battements stimulés	0 (0,00%)
BB	0 (0,00%)
Jonction	0 (0,00%)
Fibrillation auriculaire	0
Flutter auriculaire	0
Artefacts%	0,41%
Longueur:	
ECG 1	19:55:25
ECG 2	20:03:47
ECG 3	20:44:50

### Fréquence cardiaque et VFC

FC min. / maxRR	13 bpm @ 00:43:28 / 10785,7 ms
FC max. / minRR	210 bpm @ 10:12:25 / 260,0 ms
Min. FCsin. /maxNN	13,3 bpm / 10785,7 ms
Ø FC	64 bpm
Ø FC diurne	72 bpm
Ø FC nocturne	54 bpm
Battements en	68 (140 bpm) 0,0%
Tachy	
Battements en Brady	4490 (45 bpm) 7,4%
Pause la plus longue	--- s @ ---
QTc le plus long	--- s / QTc: --- ms @ ---

### Événements ventriculaires

battements ectopiques ventriculaires	0
Doublets	Mono: 0 Poly: 0
Triplets	0
V isolé	0
Bigéminé	0
Trigéminée	0
TV	0
TV la plus sévère	
TVNS	0
Salves ventriculaires	0
RIV	0

### Événements supraventriculaires

Pause	0
Tachycardie	2
TSV la plus sévère	19,1 s (Défini par Durée) avec 181 bpm @ 09:56
Bradycardie	106
Brady la plus sévère	517,1 s (Défini par Durée) avec 42 bpm @ 01:12
Doublet SV	0
Triplet SV	0
TSVP	49 max 186 bpm @ 10:12
Rythme irrég.	0
ESSV	0 (0,00%)
N-ESSV	81062 (100,00%)

### Diagnostic

variabilité de la fréquence cardiaque avec la respiration et le sommeil. Absence de trouble du rythme ou de la conduction . QT normal

7  
Dr. Abdennadif Moustaghfir  
Professeur de cardiologie  
Rythmologie Interventionnelle  
tel : 05 22 26 53 53 - Fax : 05 22 26 53 55  
1er étage N°10 - Casablanca

IDRISSI MANSOURI ,ismail

ID: 1436

DDN:13/03/2009

10 Ans , ,

Homme ,inconnu

Méd.:

Site:

Médecin traitant:

Notes: 102/64

21/01/2020 18:53:54

FC: 51 BPM  
Int PR: --- ms  
Durée QRS: 82 ms  
QT/QTc: 412/389 ms  
Axes P-R-T: --- 49 57  
RR Moy: 1167 ms  
QTcB: 381 ms  
QTcF: 391 ms

RAPPORT NON CONFIRM

Revu par:

Signé par:

Date:

Regime fonctionnel per  
interne. Vena

Temoignage  
sportif →  
d'une forme extranormale

Dr. Abdellahid Moustaghfi  
Professeur de cardiologie  
Rythmologie Interventionnelle  
tel: 03 22 75 53 53 fax: 05 22 26 55 35  
Cadiac 1000 Casablanca

