

# 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.

## adiologie 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.

## ptique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## entaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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 caractére 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

NB = 20730

Déclaration de Maladie : N° P19- 0021017

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1625 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MIKOU AbdePilah Date de naissance : 01/01/1947

Adresse : 52 B<sup>e</sup> AbdePhadi BoulaPeb Résidence SalSalila EASABLANCA

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Mouineam Moustaghfi  
Professeur de cardiologie  
Rythmologie Interventionnelle  
Tel : 05 22 26 53 53 - Fax : 05 22 26 53 55  
1<sup>er</sup> étage N°10 - Casablanca

Date de consultation : 06 JAN 2020

Nom et prénom du malade : Mikou Abdeillah Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Defibrillateur trjoli chawla

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 : 10/02/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

## RELEVE 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 JAN 2020	Consultation de Spécialiste Téfisialatext de cluchemur de bannet	600 H.		

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

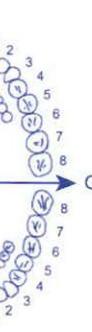
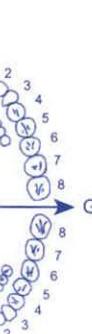
#### AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ORL.

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	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B G	COEFFICIENT DES TRAVAUX
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

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°0010/2020

<i>La Date</i>	<i>Nom et prénom</i>	<i>Acte</i>	<i>Montant</i>	<i>Signature et cachet du médecin traitant</i>
06/01/2020	Mikou abdel illah	Consultation de suivi du défibrillateur	Six cent dirhams (600dh)	

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

# Cabinet de cardiologie à orientation rythmologique

Dr Moustaghfir Abdelhamid  
Professeur de cardiologie

Casablanca, le ..... 06 JAN. 2020 .....

## Electrocardiogramme de surface

Nom : ..... Hikou .....

Prénom : ..... Abdelillah .....

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

Date de la visite : 06-Jan-2020 16:36:35  
SW016 Version logiciel 8.2 (5.1)  
Copyright © Medtronic, Inc. 2015

## Rapport mesures pile et sondes

Page 1

Dernière interrogation : 06-Jan-2020 16:36:35

Longévité résiduelle 06-Jan-2020

stimée à : 2.3 ans  
minimum : 1.5 ans  
maximum : 3.1 ans.

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

Tension pile 06-Jan-2020

Tension 2.94 V  
(RRT=2.73V)

Dernière charge 31-Déc-2019

Temps de charge 4.1 s  
Énergie 0.0 - 18 J

Compteur d'intégrité de la détection Depuis 25-Nov-2019

Intervalle V-V courts 0

Précification position sonde auriculaire

pas de mesure depuis réinit.

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

Date de la visite : 06-Jan-2020 16:36:35  
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-Jan-2020
Stimulation VD (Bipolaire)	760 ohms	06-Jan-2020
Stimulation VG (DistaleVG/SpireVD)	608 ohms	06-Jan-2020
Défibrillation VD	46 ohms	06-Jan-2020
Défibrillation VCS	55 ohms	06-Jan-2020

### Détection

Amplitude d'onde P	0.5 mV	06-Jan-2020
Amplitude d'onde R	>20 mV	06-Jan-2020

### Dernière thérapie haute tension

Pas de mesure depuis réinit.

MIKOU ,abdel illah

ID: 0011

DDN:01/01/1947

73 Ans ..

Homme ,Inconnu

Méd.:

Site:

Médecin traitant:

Notes: 111/55

06/01/2020 15:28:52

FC: 70 BPM  
Int PR: — ms  
Durée QRS: 174 ms  
QT/QTc: 465/485 ms  
Axes P-R-T: -- 230 78  
RR Moy: 857 ms  
QTcB: 502 ms  
QTcF: 489 ms

RAPPORT NON CONFIRM

Revu par:

Signé par:

Date:

Bonne féé synchro so tue ESV + esp

Jr. Abdelhamid Moustaghfir  
Professeur de cardiologie  
Rhythmologie Interventionnelle  
tel : 05 22 26 53 55 fax : 05 22 26 53 55  
14 boulevard de Paris 69000 Lyon France

