

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19- 0041270

☐ 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 Abdelkadi Boutaleb
Résidence Salsabila CASABLANCA
Tél. : 0642778402 Total des frais engagés : 609,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Abdelhamid Moustaghfir
Professeur de cardiologie
Rythmologie interventionnelle
Tél: 0622 26 53 53 - Fax: 0622 26 53 55
12, Bd de Paris 1^{er} étage N 10 Casablanca

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07 SEP 2021
Nom et prénom du malade : Mikou Abdelilah Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Contrôle d'un infarctus triple
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Chute

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 : 07/09/2021

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 l'exécution des Actes
17 SEP. 2021	consultation de suivi du défibrillateur		600 dh	

07 SEP. 2021	consultation de suivi du défibrillateur	600 ll	Dr. Abdelhamid M. Pneumologue intervenant - 011-243355 Fax 02723 - 011-243355 Fax 02723
--------------	---	--------	--

CAIRES

Cachet et signature du M
attestant le paiement des

Dr. Abdelhamid Moudjahid
Professeur de cardiologie
Rytmologie et interventionnelle
Tél: 542-26353 - Fax: 542-26353
12, bd de la Liberté 2059 N 10, Sfax

ICES

[illegible][illegible][illegible]

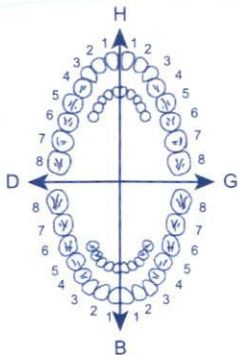
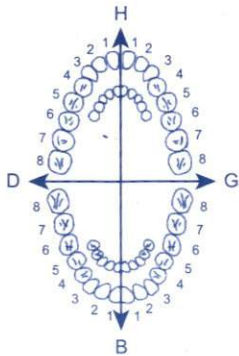
[illegible][illegible]

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 canaux, ainsi que le bilan

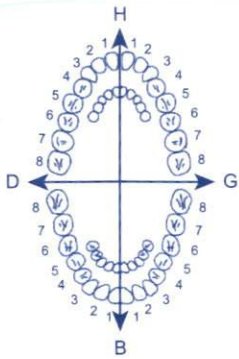
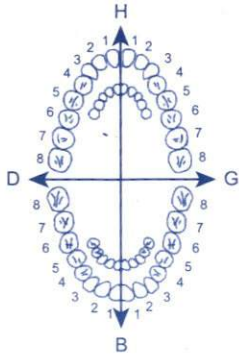
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </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

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CœFFICIENT MASTICATOIRE															
	<div><div>H</div><table><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></div>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CœFFICIENT DES TRAVAUX
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	<div>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>			MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
			DATE DE L'EXECUTION													


VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Cabinet de cardiologie à orientation rythmologique

Dr Moustaghfir Abdelhamid

Professeur de cardiologie

Note d'honoraire N°0264/2021

La Date	Nom et prénom	Acte	Montant	Signature et cachet du médecin traitant
07/09/2021	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 :cabinetrythmologie@gmail.com

MIKOU ,abdel illah
ID: 0011
DDN: 01/01/1947
74 Ans ,177 Cm ,75 Kg
Homme ,Inconnu
Méd.:
Site:
Médecin traitant:
Notes: 110/49

07/09/2021 14:11:07

FC: 68 BPM
Int PR: --- ms
Durée QRS: 188 ms
QT/QTc: 449/466 ms
Axes P-R-T: --- -83 93
RR Moy: 878 ms
QTcB: 479 ms
QTcF: 468 ms

RAPPORT NON CONFIRMÉ

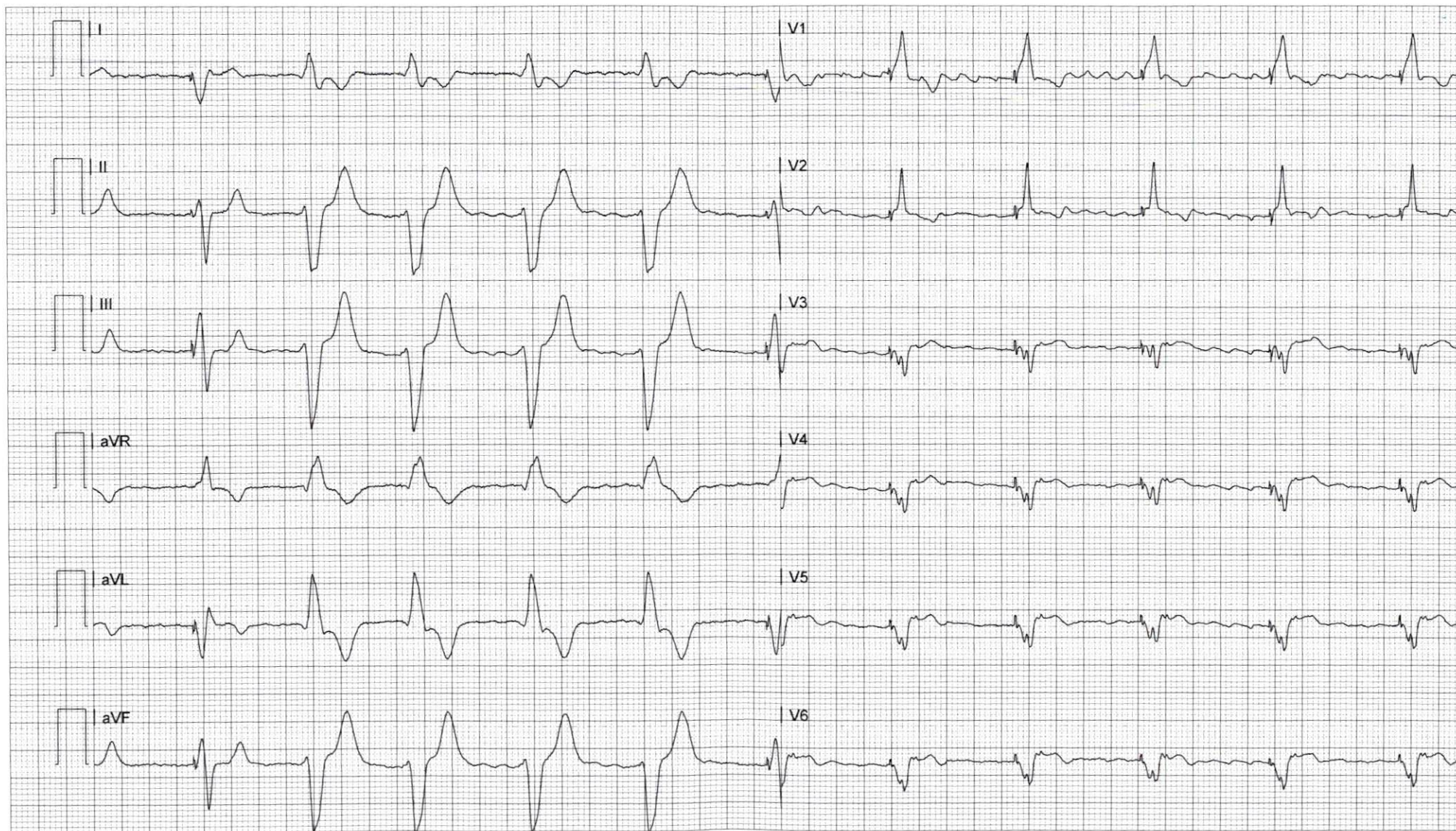
Revu par:

Signé par:

Date:

Dr. Abdelhamid Moustaghfir
Professeur de Cardiologie
Rythmologie Interventionnelle
Tél: 322 25 55 51 - Fax 322 25 53 55
12, Bd de Paris 1 er étage 1200 Bruxelles

Stimulateur intermittent



MIKOU Abdelilah

Dispositif : Viva XT CRT-D DTBA2D1

Numéro de série : BLJ616836S

Date de la visite : 07-Sep-2021 16:21:05

SW016 Version logiciel 8.2 (5.1)

Copyright © Medtronic, Inc. 2015

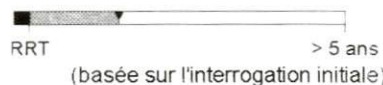
Rapport mesures pile et sondes

Page 1

Dernière interrogation : 07-Sep-2021 16:21:05

Longévité résiduelle 07-Sep-2021

Estimée à : 16 mois
 Minimum : 8 mois
 Maximum : 25 mois



Tension pile 07-Sep-2021

Tension : 2.90 V
 (RRT=2.73V)

Dernière charge 04-Jul-2021

Temps de charge : 4.4 s
 Energie : 0.0 - 18 J

Compteur d'intégrité de la détection Depuis 08-Mar-2021

Intervalles V-V courts : 0

Vérification position sonde auriculaire

Pas de mesure depuis réinit.

MIKOU Abdelilah

Dispositif : Viva XT CRT-D DTBA2D1

Numéro de série : BLJ616836S

Date de la visite : 07-Sep-2021 16:21:05

SW016 Version logiciel 8.2 (5.1)

Copyright © Medtronic, Inc. 2015

Rapport mesures pile et sondes

Page 2

Impédance sonde

Stimulation A.	380 ohms	07-Sep-2021
Stimulation VD (Bipolaire)	722 ohms	07-Sep-2021
Stimulation VG (DistaleVG/SpireVD)	646 ohms	07-Sep-2021
Défibrillation VD	44 ohms	07-Sep-2021
Défibrillation VCS	53 ohms	07-Sep-2021

Détection

Amplitude d'onde P	0.6 mV	07-Sep-2021
Amplitude d'onde R	>20 mV	07-Sep-2021

Dernière thérapie haute tension

Pas de mesure depuis réinit.