

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 :

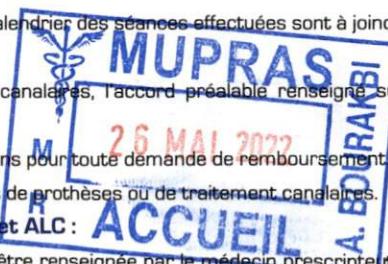
- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement 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

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.

Matricule : 627 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MR. AIT MOUTAHD AHMED

Date de naissance : 12-03-1922

Adresse : HAY ESSALAM QUÉMADYAK Toudgha

N° 61 CIN 600

Tél. 0634605386 Total des frais engagés : 600 Dhs

Dr. Abdelhamid Moustapha
Professeur de cardiologie
Rythmologie interventionnelle
Tél: 0522 26 53 53 - Fax: 0522 26 53 55
14 Bd de Paris 1er étage N° 10 Casablanca

Date de consultation : 22 AVR. 2022

Nom et prénom du malade : EL Atir khadija Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Déficit l'atir triple chambres

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 22 AVR. 22

Signature de l'adhérent(e) :



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
22 AVR 2022	Consultation de Service de défibrillateurs		622.00	Dr. Abdelhamid Moustaghfir Professeur de Cardiologie Interventionnelle Tél: 0522 26 53 33 - Fax: 0522 26 53 55 14 Bd de la Corniche, 9e étage N°10 Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

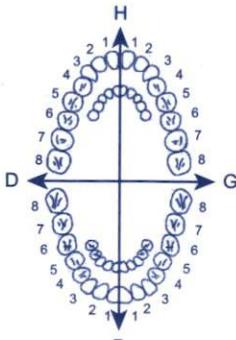
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

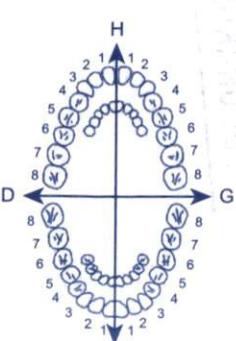
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

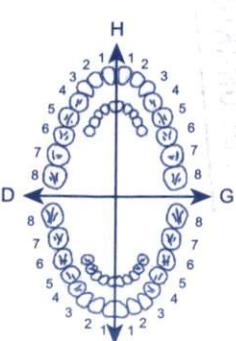
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

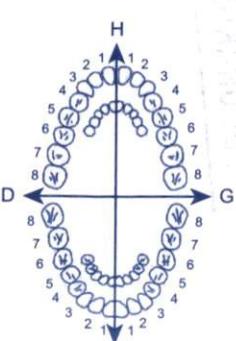
Important :

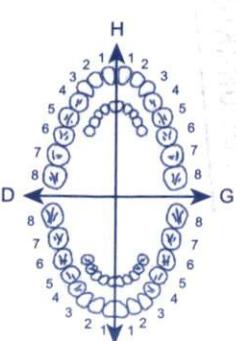
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

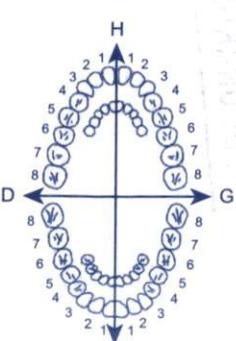
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX

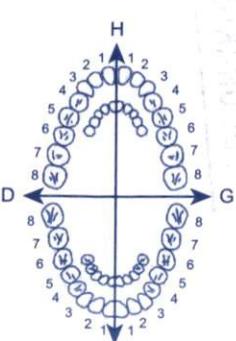
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE									
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS
H	21433552									
00000000	00000000									
00000000	00000000									
35533411	11433553									

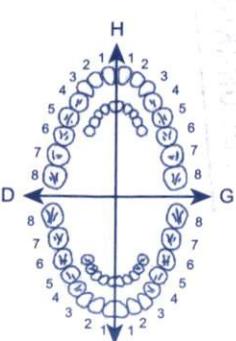
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE									
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	DEBUT D'EXECUTION
H	21433552									
00000000	00000000									
00000000	00000000									
35533411	11433553									

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE									
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	FIN D'EXECUTION
H	21433552									
00000000	00000000									
00000000	00000000									
35533411	11433553									

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE									
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	21433552									
00000000	00000000									
00000000	00000000									
35533411	11433553									

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE									
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS
H	21433552									
00000000	00000000									
00000000	00000000									
35533411	11433553									

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE									
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	DATE DU DEVIS
H	21433552									
00000000	00000000									
00000000	00000000									
35533411	11433553									

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE									
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	DATE DE L'EXECUTION
H	21433552									
00000000	00000000									
00000000	00000000									
35533411	11433553									

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°132/2022

<i>La Date</i>	<i>Nom et prénom</i>	<i>Acte</i>	<i>Montant</i>	<i>Signature et cachet du médecin traitant</i>
22/04/2022	El atir khadija	Consultation de suivi du défibrillateur	Six cent dirhams (600 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

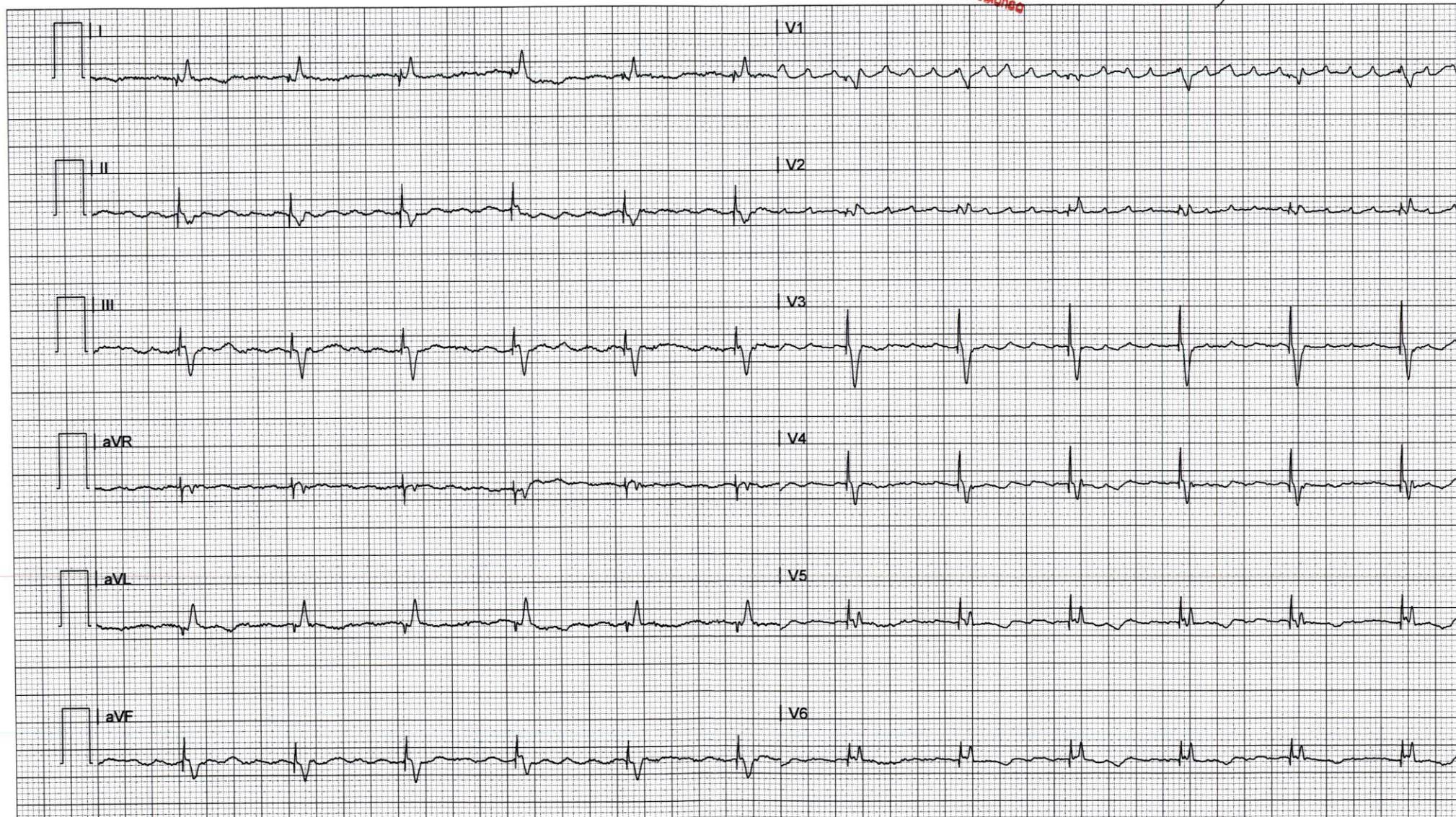
Email :cabinetrythmologie@gmail.com

FC: 81 BPM
 Int PR: 215 ms
 Durée QRS: 121 ms
 QT/QTc: 422/459 ms
 Axes P-R-T: 118 -48 146
 RR Moy: 736 ms
 QTcB: 491 ms
 QTcF: 467 ms

Revu par:

Dr. Abdelhamid Moustapha
 Professeur de Cardiologie
 Rythmologie Interventionnelle
 Tel: 0522 26 53 53 - Fax: 0522 26 53 55
 14, Bd de Paris, 1er étage N°10 Casablanca

Excellent rythm chron salin
 QRS affin



ATIR KHADIJADispositif : **Compia MRI Quad CRTD DTMC2QQ**
Numéro de série : **RPF625630S**Date de la visite : **22-Avr-2022 16:07:20**SW034 Version logiciel 8.5 (3.1)
Copyright © Medtronic, Inc. 2020**Rapport mesures pile et sondes****Page 1**

Dernière interrogation : 22-Avr-2022 16:07:20

Longévité résiduelle **22-Avr-2022**Estimée à 3.3 ans
Minimum : 2.9 ans
Maximum : 3.7 ans

RRT > 5 ans

* (actualisée sur la base des réglages de paramètres)

Tension pile **22-Avr-2022**Tension 2.94 V
(RRT=2.73V)**Dernière charge** **12-Mar-2022**Temps de charge 4.1 s
Energie 0.0 - 18 J**Compteur d'intégrité de la détection Depuis 18-Avr-2022**

Intervalles V-V courts 0

Impédance sonde

Stimulation A. 456 ohms 22-Avr-2022

ATIR KHADIJADispositif : **Compia MRI Quad CRTD DTMC2QQ**
Numéro de série : **RPF625630S**Date de la visite : **22-Avr-2022 16:07:20**SW034 Version logiciel 8.5 (3.1)
Copyright © Medtronic, Inc. 2020**Rapport mesures pile et sondes****Page 2****Impédance sonde**Stimulation VD (Bipolaire) 513 ohms 22-Avr-2022
Stimulation VG (VG1/VG2) 1007 ohms 22-Avr-2022
Défibrillation VD 80 ohms 22-Avr-2022
Défibrillation VCS Aucun**Détection**Amplitude d'onde P 2.5 mV 22-Avr-2022
Amplitude d'onde R 10.3 mV 23-Fév-2022**Dernière thérapie haute tension**

Pas de mesure depuis réinit.