

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 067671

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7462 Société : R A M
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 119873
Nom & Prénom : DAUD NABIL
Date de naissance : 11 08 1963
Adresse : 31 Av Hassan Soultan Casablanca
Tél : 06 61 31 66 64 Total des frais engagés : 150 Euros Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 17 06 2022 Le : 17 06 2022
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
08-04-2022			150 € SELARL	Centre Cœur et Santé 3, Rue Bernoulli 75008 PARIS Tél. : 01 44 69 31 92 RCS 841 312 531

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

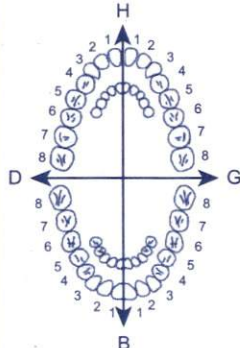
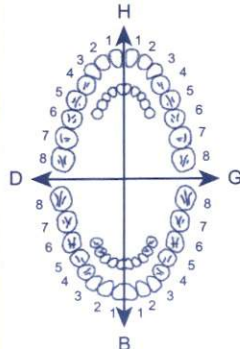
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				CCEFFICIENT 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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H														
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
														

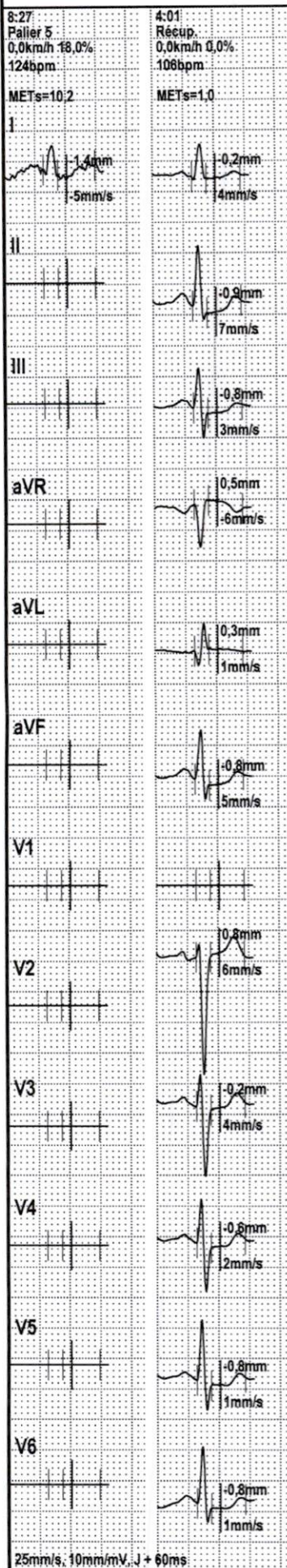
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Nom Patient: DAOUD, Nabil
ID Patient: 16332
D. Naissance: 11/08/1963 (58 A)
Date création: 08/06/2022 10:43:19

Sexe: M
Poids: 79kg
Taille: 171cm

CENTRE COEUR ET SANTE
3 Rue Bernoulli - 75008 PARIS
Tél.: 01 44 69 31 92 Fax:



Nom Patient: ~~DAOU Nabil~~
 ID Patient: 16332
 Date création: 08/06/2022 10:43:19

D. Naissance: ~~17/07/1980 (24 A)~~
 Taille: ~~172cm~~

Sexe: M
 Poids: ~~84kg~~

CENTRE COEUR ET SANTE
 3 Rue Bernoulli - 75008 PARIS
 Tél.: 01 44 69 31 92

Fax:

bruce 2 min Palier 2 4,0km/h 12,0% 102m METs: 4,7 Durée du palier: 0:03 Durée de l'exercice: 2:03 FC: 110bpm QRS: 94ms QT: 316ms QTc: 419ms QTrel: 108%



DAoud Nabil

Nom Patient: ~~DAoud Nabil~~
ID Patient: 16332
Date création: 08/06/2022 10:43:19

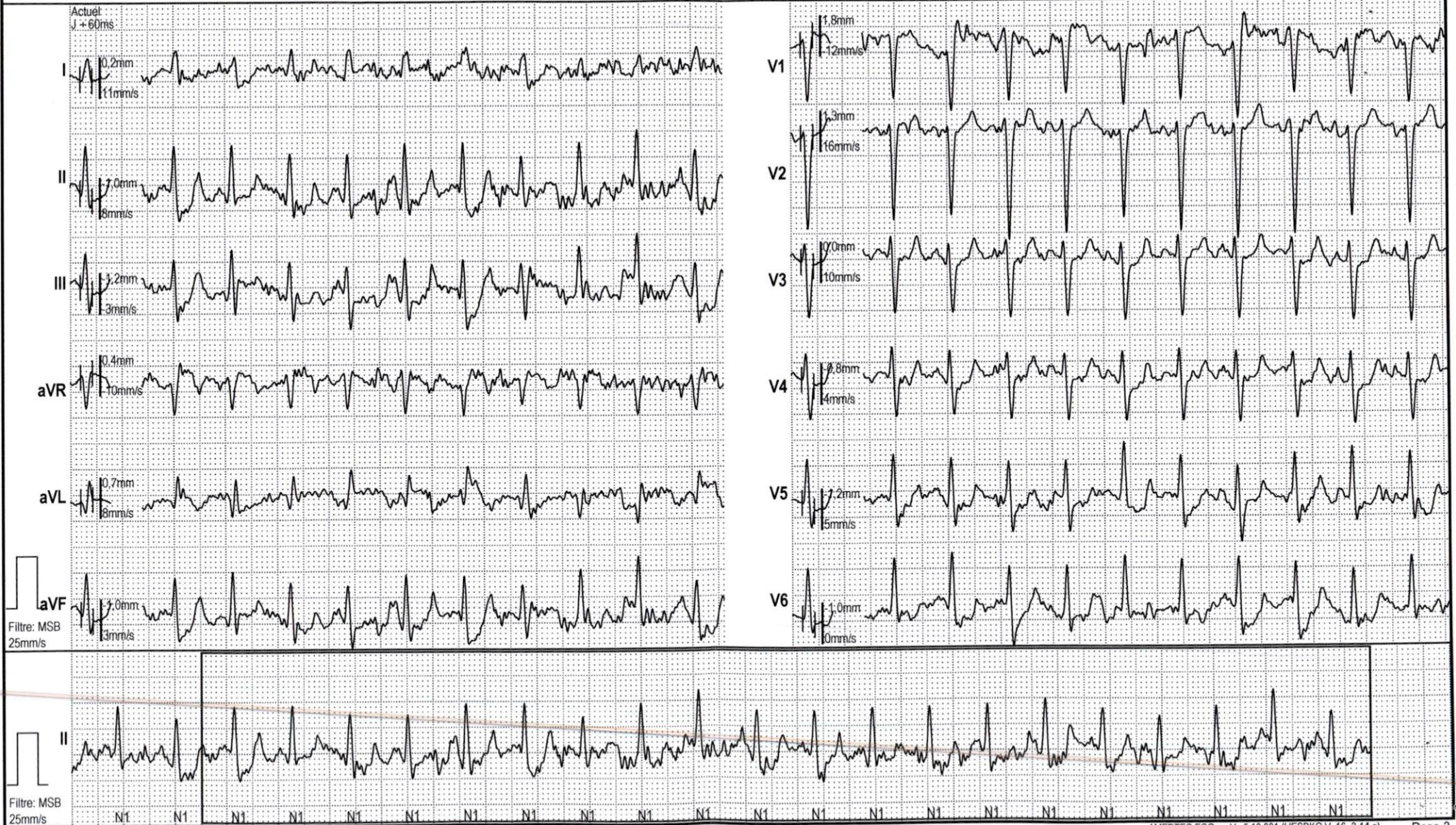
D. Naissance: ~~17/10/1960 (31 A)~~
Taille: ~~178 cm~~

Sexe: M
Poids: ~~84 kg~~

CENTRE COEUR ET SANTE
3 Rue Bernoulli - 75008 PARIS
Tél.: 01 44 69 31 92

Fax:

bruce 2 min Palier 4 6,8km/h 16,0% 418m METs: 10,3 Durée du palier: 0:07 Durée de l'exercice: 6:07 FC: 135bpm TA: 170/90mmHg QRS: 94ms QT: 280ms QTc: 419ms QTrel: 108%



DAoud Nabil

Nom Patient: ~~DAoud Nabil~~
ID Patient: 16332
Date création: 08/06/2022 10:43:19

D. Naissance: ~~17/10/1988 (31 A)~~
Taille: ~~177cm~~

Sexe: M
Poids: ~~84kg~~

CENTRE COEUR ET SANTE
3 Rue Bernoulli - 75008 PARIS
Tél.: 01 44 69 31 92

Fax:

bruce 2 min Récup. 0,0km/h 0,0% 680m METs: 10,2 Durée du palier: 0:01 Durée de l'exercice: 8:27 FC: 159bpm QRS: 94ms QT: 270ms QTc: 359ms QTrel: 92%



Nom Patient: ~~XXXXXXXXXX~~
ID Patient: 16332
Date création: 08/06/2022 10:43:19

D. Naissance: ~~17/10/1960 (61 A)~~
Taille: ~~177cm~~

Sexe: M
Poids: ~~84kg~~

CENTRE COEUR ET SANTE
3 Rue Bernoulli - 75008 PARIS
Tél.: 01 44 69 31 92

Fax:

bruce 2 min Récup. 0,0km/h 0,0% 680m METs: 5,6 Durée du palier: 1:02 Durée de l'exercice: 8:27 FC: 128bpm QRS: 94ms QT: 300ms QTc: 444ms QTrel: 114%



Nom Patient: **DAOUD, Nabil**
ID Patient: **16332**
D. Naissance: **11/08/1963 (58 A)**
Date création: **08/06/2022 10:43:19**

Sexe: **M**
Poids: **79kg**
Taille: **171cm**

CENTRE COEUR ET SANTE
3 Rue Bernoulli - 75008 PARIS
Tél.: **01 44 69 31 92** Fax:

Palier	Durée du palier	Durée de l'exercice	Vitesse (km/h)	Pente (%)	METs	FC (bpm)	TA (mmHg)	FCxTA /100	ST (V5) (mm)	ESV	Commentaires
Précharge	2:02	0:00	1,9	0,0	1,9	84	120/90	101	0,9		
Palier 1	2:00	2:00	2,7	10,0	4,6	108			0,8		
Palier 2	2:00	4:00	4,0	12,0	7,0	122			0,1	1	
Palier 3	2:00	6:00	5,5	14,0	10,1	133	140/90	186	-1,2	1	
Palier 4	2:00	8:00	6,8	16,0	12,9	158	170/90	269	-1,1		Cas significatif
Palier 5	0:27	8:27	0,0	18,0	10,2	124				6	Arrêt de l'effort
Récup.	4:21	8:27	0,0	0,0	1,0	105			-0,8	4	

Conclusion

Type d'épreuve: Tapis
Protocole: bruce 2 min
Durée de l'exercice: 8:27
Durée récupération.: 4:21
Vitesse Max: 8,0km/h à Effort 8:00 (Palier 5)
Pente Max: 18,0% à Effort 8:00 (Palier 5)
METs Max: 13,1 METs à Effort 8:15 (Palier 5)
Distance: 680m (Echauffement: 0m / Effort: 680m / Récupération: 0m)

FC Max: 160bpm à 8,0km/h, 18,0% à Effort 8:08 (Palier 5) => 99% de 162bpm
Apprendre la FC: 129bpm (à 60% FC réserve)

TA Max: 170/90mmHg à 6,8km/h, 16,0% à Effort 6:12 (Palier 4)
FCxTA Max./100: 258 à 6,8km/h, 16,0% à Effort 7:04 (Palier 4)

Cas significatif: V5 à 6,8km/h, 16,0% à Effort 7:38 (Palier 4)
Niveau ST: -5,4mm (J + 60ms)
Pente ST: 13mm/s

Nombre de ESV: Repos: 0 / Exercice: 8 / Récupération: 4

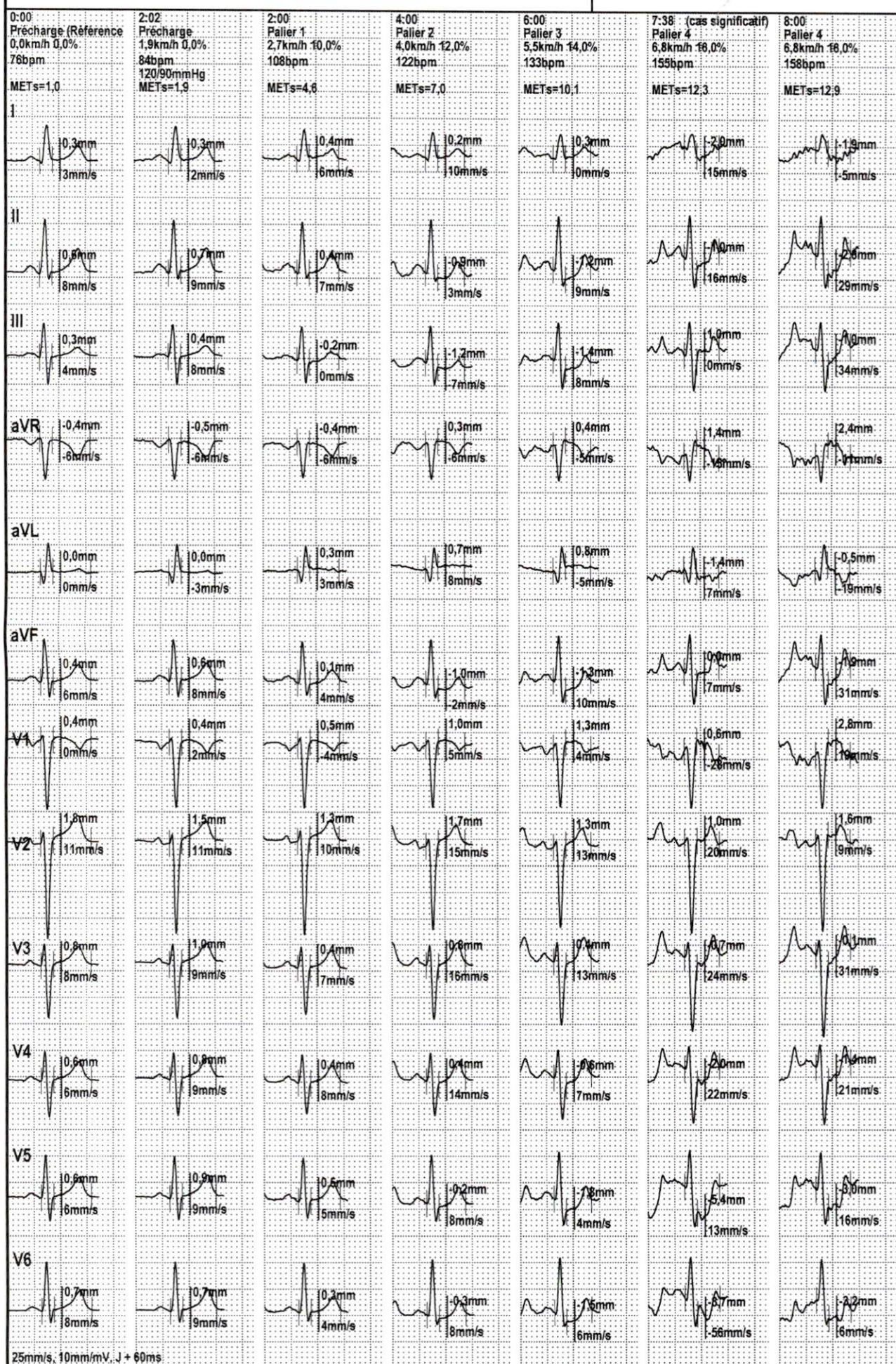
Epreuve d'effort maximale, bon niveau de performance, arrêtée pour fatigue menée à 99% FMT, 13,1 METs.
Profil tensionnel normal
FC de récupération normale, pas d'insuffisance chronotrope
Pas de modification du QRS
Pas de trouble du rythme, de la conduction

Au total, sous décalage ST significatif diffus persistant peu en récupération (enraidissement qt persistant pendant 2 minutes)

Nom Patient: **DAOUD, Nabil**
 ID Patient: **16332**
 D. Naissance: **11/08/1963 (58 A)**
 Date création: **08/06/2022 10:43:19**

Sexe: **M**
 Poids: **79kg**
 Taille: **171cm**

CENTRE COEUR ET SANTE
3 Rue Bernoulli - 75008 PARIS
 Tél.: 01 44 69 31 92 Fax:





Centre Cœur & Santé
Bernoulli

Dre Laurie FANON

Ancienne interne des Hôpitaux de Paris

Ancienne cheffe de clinique-assistante des Hôpitaux de Paris

Cardiologie générale et du sport - ECG - échographie cardiaque - écho doppler vasculaire

RPPS 10100690840

75 1 0356430331003

Dr PICARD FABIEN

Paris le mercredi 8 juin 2022

Cher.e.s collègue.s

Merci de nous avoir adressé Monsieur DAOUD Nabil pour un test d'effort dans un contexte de cardiopathie ischémique

Le test d'effort a été mené à 99% de la FMT et 13.1MET.

Sous décalage atteignant la significativité en V3 à V6 associé à une plainte d'oppression thoracique à l'apparition du sous décalage.

> consultation Dr PICARD vendredi pour discussion explorations complémentaires

> proposer un suivi par EE couplé à l'imagerie (echos d'effort ?) car sous décale à chaque test

Bien cordialement,

Dre Laurie FANON



Centre Cœur & Santé
Bernoulli

FACTURE
Test d'effort Simple

Je soussigné, Dr FANON LAURIE certifie que **Monsieur DAOUD Nabil** s'est acquitté de la somme d'un montant de 150 € pour le règlement de son test d'effort .

Cotation : DKRP004

Le mercredi 8 juin 2022

Dr FANON LAURIE

SELARL Centre Cœur et Santé
3, Rue Bernoulli
75008 PARIS
Tél. : 01 44 69 31 92
RCS 841 312 531