

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° W21-764615

132152

Optique

Autres.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

1882

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SEFFAR HABIB

Date de naissance :

6 - 10 - 52

Adresse :

Tél. :

0661330064

Total des frais engagés:

1000

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cardiologue

Cardiologie Interventionnelle

Endocrinologie

Echographie Cardiaque - Echogastrique

Rehabilitation Cardiaque

Tel. : 05 22 13 88 01

Cachet du médecin

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 :

Le : 05/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

SEFFAR HABIB

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	$ \begin{array}{r l} & H \\ & 25533412 \quad 21433552 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \\ & B \end{array} $ <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>

CLINIQUE BELLE VILLE

M^{me} Habib Seffar

05/10/2022

Epreuve d'effort

Dr. Hind El Filali Adib Ep. Méon
Cardiologie
Cardiologie Interventionnelle
Echographie Cardiaque - Epreuve d'Effort
Réadaptation Cardiaque
Tél : 06 36 43 86 51



CLINIQUE BELLE VILLE
CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Patient : M. SEFFAR HABIB
Séjour : Du 05/10/2022 au 05/10/2022

FACTURE
202202994
Du : 05/10/2022

Etablie par : M. Fatiha

Clinique

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
EPREUVE D'EFFORT	1	1 000,00	1 000,00
TOTAL CLINIQUE			1 000,00

Encaissement Compte d'Autrui

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
TOTAL AUTRUI			0,00

Ventes en exonération de la TVA suivant l'article n°91-VI-1° du C.G.I

Arretée la presente facture à la somme de MILLE DIRHAMS

	Patient
Total TTC	1 000,00



HABIB SEFFAR
05/10/2022 08:08

PAGE RESUME

Mesure ST basée sur J+60ms

Protocole: BRUCE

Durée d'ex.: 06:36

Patient Data

Nom: HABIB SEFFAR
ID: ID(2):
DDN: 08/10/1952 Age: 69
Sexe: Masc Race:
Taille: cm Poids: kg

Max Valeurs:

Vit. :	5.5 km/h	FC:	148 BPM	% cible:	98%
Pente:	14.0%	PAS:	205/83 mmHg 08:00	FC*PA	27548
METs:	7.8	PAD:	191/100 mmHg 09:50		
Elév.	PrtStr_ST: 1.4 mm en V3	à	07:50		
Baisse ST:	-0.8 mm en V6	à	07:00		

Diagnosis:

Diagnosis 1:

Diagnosis 2:

Procedure 1:

Procedure 2:

Procedure 3:

Conclusions

EPREUVE D EFFORT REALISEE SUR TAPIS SELON LE PROTOCOLE DE BRUCE.

EXAMEN MAXIMAL 97 % DE LA FMT ATTEINT NEGATIF CLINIQUEMENT ET ELECTRIQUEMENT.
APPARITION D UN SOUS DECALAGE ASCENDANT NON SIGNIFICATIF.

ABSENCE DE TROUBLE DU RYTHME CARDIAQUE.

PROFIL TENSIONNEL ADAPTE A L'EFFORT.

CONCLUSION: EPREUVE D EFFORT MAXIMALE NORMALE

RECAP DU PALIER

NIV. ST (mm)

		Vit. (km/h)	Pente (%)	FC (BPM)	PA (mmHg)	METs	FC*PA	I	II	III	aVR	aVL	aVF	V1	V2	V3	V4	V5	V6
DEBUT EXE	EXE 00:00			89	156/80	1.0	12012	0.1	0.0	-0.1	-0.1	0.1	-0.1	0.3	0.6	0.8	0.4	0.3	0.1
PALIER1	EXE 03:00	2.8	10.0	124	188/70	4.8	23688	0.1	-0.1	-0.3	-0.1	0.1	-0.2	0.2	0.7	0.8	0.3	0.1	-0.1
PALIER2	EXE 06:00	4.0	12.0	145	194/71	7.1	27548	-0.2	-0.5	-0.4	0.2	0.1	-0.5	0.4	0.7	0.5	-0.2	-0.3	-0.4
PIC EXE	EXE 06:36	5.5	14.0	148		7.6		-0.3	-0.8	-0.5	0.5	0.1	-0.7	0.3	0.9	0.0	-0.5	-0.7	-0.7
RECUP.	RECUP 01:04	0.0	0.0	117		6.0		0.4	0.8	0.3	-0.7	0.0	0.6	0.1	0.6	1.2	0.9	0.5	0.5
RECUP.	RECUP 03:04	0.0	0.0	110	205/83	1.2	23575	0.0	0.2	0.2	-0.2	-0.1	0.2	0.0	0.3	0.7	0.4	0.2	0.1
FIN RECUP	RECUP 04:04	0.0	0.0	89	168/88	1.0	15456	0.0	0.0	-0.1	-0.1	0.0	0.0	0.1	0.4	0.4	0.1	0.0	-0.1

Raisons de fin de test:

Reviewing Physician: Referring Physician: DR FILALI HIND

