

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.

M22- 0034747

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 1837 Société : 135228

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : KAGHAT Abdelhaq

Date de naissance : 15.08.1947

Adresse :

Tél. : 06.56.93.85.84 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



1947

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : KAGHAT Abdelhaq Age :

Lien de parenté : Elle-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Dyslipidémie

Affection longue durée/chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : / / Signature de l'adhérent(e) : I. BOUZAACHANE

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.

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
28.10.2022	C2	Co		BENCHEROUNI, BENJAMIN, RESIDENT, CARDIOLOGUE, RUE ISMAÏL, 25, 06.06.2022

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
	26.10.2022	PSD	100.00

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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	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

Docteur BENCHEKROUN DRISS
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE
CARDIOLOGUE
DIPLOME D'ÉTUDES SPÉCIALES
DE CARDIOLOGIE
Maladies du Cœur et des Vaisseaux
SUR RENDEZ-VOUS



الدكتور بن شقرنون ادريس
خريج كلية الطب بتولوز
اختصاصي في أمراض القلب
والشرايين
بالميداد

Casablanca, le 28.10.2021 الدار البيضاء في

نـ ktouati Abdelhaf

Chneue d'effez

Pre cardialgy

HTA



Docteur BENCHEKROUN DRISS
CARDIOLOGUE
Résidence BEN OMAR
Rue Ibn Nafis, Maroc
Tél: 05.22.25.06.06 - 05.22.23.22.67 - FAX: 05.22.23.22.67 - URGENCIE: 06.61.14.46.25

Patient Data

Nom: ABDELHAQ KAGHAT
ID: ID(2):
DDN: 15/08/1947
Sexe: Masc
Taille: cm
Age: 75
Race:
Poids: kg

Max Valeurs:

Vit. :	4.0 km/h	FC:	131 BPM	% cible:	90%
Pente:	12.0%	PAS:	188/92 mmHg 06:10	FC*PA	22372
METs:	6.5	PAD:	178/98 mmHg 09:30		
Elév. PrtStr_ST:	1.7 mm en aVR		à 05:10		
Baisse ST:	-2.6 mm en II		à 05:10		

Diagnosis:

Diagnosis 1:

Diagnosis 2:

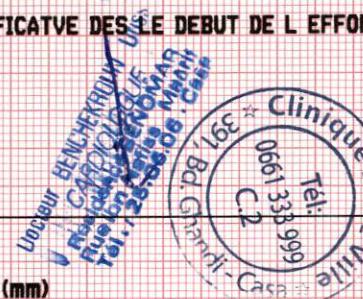
Procedure 1:

Procedure 2:

Procedure 3:

Conclusions

EPREUVE D EFFORT QUASI MAXIMALE (90% FMT) POSITIVE
AU 2E PALIER SOUS DECALAGE SIGNIFICATIF PERSISTANT DU SEGMENT ST DANS LE
TERRITOIRE INFEROLATERAL
EXTRASYSTOLE VENTRICULAIRE SIGNIFICATIVE DES LE DEBUT DE L EFFORT PERSISTANT EN
PHASE DE RECUPERATION
INDICATION D UNE CORONAROGRAPHIE



RÉCAP p 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	1.8	0.0	91	135/89	1.9	10665	-0.2	-0.4	-0.2	0.2	-0.1	-0.3	0.8	0.9	0.6	0.3	0.0	0.0
PALIER1	EXE 03:00	2.8	10.0	120	184/88	4.8	21712	-0.5	-1.4	-0.9	0.8	0.2	-1.1	0.8	0.6	0.4	0.0	-0.5	-0.8
PIC EXE	EXE 05:19	4.0	12.0	131		6.4		-1.1	-2.6	-1.6	1.7	0.2	-2.1	0.9	0.3	0.2	-0.5	-1.1	-1.4
RECUP.	RECUP 01:01	2.7	0.0	111	188/92	5.5	22372	-0.7	-1.7	-1.1	1.1	0.2	-1.4	1.1	0.5	0.5	0.0	-0.6	-0.9
RECUP.	RECUP 03:01	2.7	0.0	114	179/93	2.3	20048	-0.7	-1.6	-0.9	1.1	0.0	-1.3	0.9	0.3	0.2	-0.3	-0.7	-0.9
FIN RECUP	RECUP 04:12	2.7	0.0	113	178/98	2.3	20292	-1.0	-1.8	-0.8	1.3	-0.1	-1.3	1.2	0.4	0.4	-0.1	-0.6	-0.9

Raisons de fin de test:

Reviewing Physician: Referring Physician: DR BENCHEKROUN DR ISS

CLINIQUE BELLE VILLE

CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Patient : M. KAGHAT ABDELHAQ
Séjour : Du 28/10/2022 au 28/10/2022

FACTURE
202203645
Du : 28/10/2022

Clinique

Etablie par : B. Fatimazahra

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

