

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

M23-002030

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	20173	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	183282
Nom & Prénom :		KASSADNA NAWALA	
Date de naissance :		22/10/1953	
Adresse :		127 RDT RTA yaout gnaou tag 10 = 4 GASABI casablanca	
Tél. :		0663355119 Total des frais engagés : 600 Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	Dr. Abdelhamid Moustaghfir Professeur de cardiologie Rythmologie Interventionnelle Tél: 0522 26 53 55 - Fax: 0522 26 53 55 14 Bd de Paris 1er Etage N°10 Casablanca		
Date de consultation :	03 NOV. 2023		
Nom et prénom du malade :	Hammer el bousachi		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Flutter atrial + Pacemaker		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 : 01/11/2023

Le : 17/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

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
3 NOV. 2023	contrôle de pacemaker double chambre		600 Dh	 Dr. Abdelhamid Moustaghfir Professeur de cardiologie Rythmologie Interventionnelle Tel: 0522 26 53 43 Fax: 0522 26 53 43 14 Bd de Paris 1er étage 1000 Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

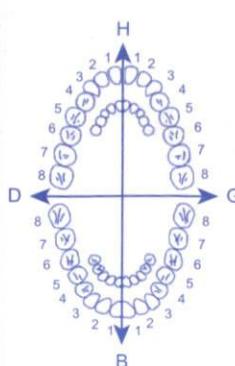
Important

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Rapport d'état de la pile/ des sondes

Modèle du stimulateur: Vitatron G70A2 DR Numéro de série : 550122262

Date de la visite : 03-Nov-2023

Nom du patient :

ID :

Médecin :

Etat de la pile 03-Nov-2023 11:28:06

Etat de la pile OK
Date d'implantation 29-Jul-2022 14:08

Tension 2.79 V
Courant 12.38 µA
Impédance 103 ohms

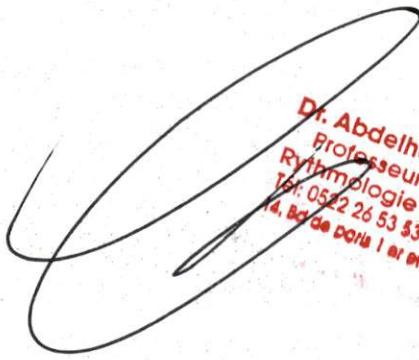
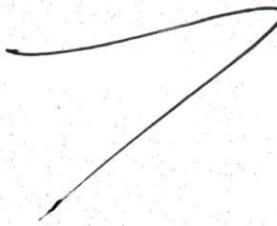
Longévité résiduelle

Estimée à 11.5 années
Minimum 9.5 années
Maximum 13.5 années

Basé sur un historique antérieur

Etat de la sonde 03-Nov-2023 11:28:06

	Atrial	Ventriculaire
Amplitude	1.61 V	2.20 V
Durée d'imp.	0.40 ms	0.40 ms
Energie de sortie	2.40 µJ	2.95 µJ
Courant	4.11 mA	3.59 mA
Impédance	353 ohms	573 ohms
Polarité de stimulation	Unipolaire	Bipolaire



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

Cabinet de cardiologie à orientation rythmologique

Dr Moustaghfir Abdelhamid

Professeur de cardiologie

Note d'honoraire N°0328/2023

<i>La date</i>	<i>Nom et prénom</i>	<i>Acte</i>	<i>Montant</i>	<i>Signature et cachet du médecin</i>
03/11/2023	Mammer el bourachdi abderrahim	Contrôle de pacemaker double chambre	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

Nom :	Mammer el bourachdi	Né le :	01.01.1952	FC :	106 /min	RR :	567 ms	Validé par :	--
Prénom :	Abderrahim	Sexe :	Masculin	Axe P :	-- °	P :	-- ms		
IDP :	178	Taille :	176 cm	Axe QRS :	-12 °	PQ :	-- ms		
Visite :	--	Poids :	77 kg	Axe T :	180 °	QRS :	128 ms		
Date :	03.11.2023	PA :	-- / -- mmHg			QT :	383 ms		
Heure :	10:55:00	Origine :	Non défini			QTc :	509 ms		
ID demande :		Emetteur de la							
Remarques :	124/87								
Traitements :									

