

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.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

N° W19-422521

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule

1761

Société

Retraite' Art

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom

Boum EDIANE Dj chammmed

Date de naissance

28.03.73

Adresse

6et 117 ALAYNOUNO - L'ISSASPA
CASABLANCA

Tél. :

06 716 33 050

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

1

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 : 07.06.19

Le : 1

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
27/06/19	CS	Grabit	INP : 091677160	DR. ASKOUR MERVET
<small>Spécialiste des Maladies Cardiaques et Vasculaires</small> <small>Spécialiste des Maladies Gastro-Entérologiques et Digestives</small> <small>Spécialiste des Maladies Endocrinologiques et Métaboliques</small> <small>Spécialiste des Maladies du Sang et des Maladies Hématologiques</small> <small>Spécialiste des Maladies du Coeur et des Maladies Vasculaires</small> <small>Spécialiste des Maladies du Foie et des Maladies Hépatiques</small> <small>Spécialiste des Maladies du Foie et des Maladies Hépatiques</small> <small>Spécialiste des Maladies du Foie et des Maladies Hépatiques</small>				

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
DR. ASKOUR MERVET	27/06/19	CREUVE D'E FORT	FRDH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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	INP :
				INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412 21433552 00000000 00000000	<input type="text"/>
D	00000000 00000000 35533411 11433553	<input type="text"/>
B		<input type="text"/>
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
DATE DU DEVIS <input type="text"/>		
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE FRANCE VILLE
CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Patient : M. BOUMEDIANE MOHAMMED
Séjour : Du 27/06/2019 au 27/06/2019

FACTURE
201904921
Du : 27/06/2019

Etablie par : M. Fatiha

Clinique

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
EPREUVE D'EFFORT	1	750,00	750,00
TOTAL CLINIQUE			750,00

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

Arrêtée la présente facture à la somme de SEPT CENT CINQUANTE DIRHAMS

	Patient
Total TTC	750,00

Clinique
393, Bd Ghandi, Tél: 05 22 23 26 27 - Fax: 022 99 30 26
I.C.E: 001611257000076 - Patente: 34776707 - Identifiant fiscal: 40160087 - CNSS 777 11 25

Patient Data

Nom: MOHAMMED BOUMEDIANE

ID:

DDN: 28/03/1953

Sexe: Masc

Taille: cm

ID(2):

Age: 66

Race:

Poids: kg

Max Valeurs:

Vit. : 6.8 km/h

FC: 158 BPM

% cible: 102%

Pente: 16.0%

PAS: 230/94 mmHg 10:50

FC*PA 35420

METs: 11.3

PAD: 163/98 mmHg 00:00

Elév. PrtStr_ST: 1.9 mm en V3

à 11:50

Baisse ST: -2.0 mm en V5

à 09:40

Diagnosis:

Diagnosis 1:

Diagnosis 2:

Procedure 1:

Procedure 2:

Procedure 3:

Conclusions

Test d'effort mené à 102 % de la FMT

Sous decalage ST ascendant de -1.7mm sans douleur thoracique ni trouble du rythme ni de conduction

PA normale au repos et à l'effort

EPREUVE D'EFFORT NEGATIVE CLINIQUEMENT ET LITIGIEUSE ELECTRIQUEMENT

DR ASKOUR METYER

RECAP p PALIER

		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			76	163/98	1.0	12225	0.1	0.4	0.3	-0.4	-0.1	0.4	0.2	1.0	0.9	0.5	0.3	0.2
PALIER1	EXE 03:00	2.8	10.0	95	176/83	4.8	16016	0.0	0.1	0.0	-0.2	0.0	0.1	0.2	0.7	0.7	0.3	0.1	0.0
PALIER2	EXE 06:00	4.0	12.0	104	189/82	7.1	20790	0.0	-0.1	-0.1	0.0	0.0	-0.1	0.1	0.4	0.4	-0.1	-0.2	-0.3
PALIER3	EXE 09:00	5.5	14.0	144	221/85	10.3	31161	-0.1	-1.1	-1.0	0.5	0.4	-1.1	0.5	0.7	0.1	-0.6	-0.9	-0.9
PIC EXE	EXE 10:34	6.8	16.0	158		11.2		-0.2	-1.7	-1.5	0.9	0.6	-1.6	0.7	0.8	-0.3	-1.2	-1.4	-1.3
RECUP.	RECUP 00:56	2.7	0.0	123	230/94	9.1	35420	0.2	0.1	-0.2	-0.2	0.2	-0.1	0.3	1.5	1.8	0.8	0.1	-0.3
RECUP.	RECUP 02:56	2.7	0.0	92	201/90	2.8	19497	0.2	0.4	0.1	-0.4	0.0	0.2	0.3	1.1	1.3	0.6	0.2	0.0
RECUP.	RECUP 04:56	0.0	0.0	84	186/85	1.5	15810	0.0	-0.1	-0.1	0.0	0.0	-0.1	0.3	0.7	0.7	0.1	-0.1	-0.1
FIN RECUP	RECUP 06:16	0.0	0.0	84		1.0		0.0	0.0	-0.1	-0.1	0.0	0.0	0.3	0.7	0.7	0.2	-0.1	-0.1

Raisons de fin de test:

Reviewing Physician: Referring Physician: DR ASKOUR