

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.

N° W19-519374

ND : 30607

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1130

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENLAMINE Thami

Date de naissance :

26-03-1951

Adresse :

56 LOT. OCEAN DAR BOU AZZA

Tél. : 0661194270

Total des frais engagés : 1000

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

17/03/07

Age:

Ans

Nom et prénom du malade :

Anders Horcay

Enfant

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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

Le : 10/05/2008

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
11/12/2023	Consultation	1		

~~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 Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	—
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Hajar Guenniou Cardiologue

Diplômée de la faculté de médecine de Lille - France

Ancien interne et praticien hospitalier des hôpitaux de France

Echographie doppler cardiaque et vasculaire

Test d'effort - holter tensionnel et Rythmique

Echographie cardiaque de stress



الدكتورة هاجر الكنيوي اختصاصية في أمراض القلب والشرايين

خريجة كلية الطب بليل - فرنسا

طبيبة سابقة بمستشفيات فرنسا

الفحص بالصدى للقلب والشرايين

التسجيل المستمر لضغط الدم ولضربات القلب

LE 18/03/2020

Mr BENLAMINE THAMI

NOTE D'HONORAIRES

Désignation	Montant	Total
Test d'effort	1 000.00	1 000.00 DHS

Arrêtée la présente facture à la somme de **MILLE** dirhams.

Dr Hajar Guenniou
Cardiologue
67 Rue Al Foutate Bds Bernaben
4ème Etage N° 7 Maârif - Casablanca
Tél./Fax: 05 22 25 59 59 - GSM: 06 62 07 21 27

Prochain rendez-vous le:



67, Rue Al fourate, Résidence Bernaben, 4^{ème} étage N° 7 Mâarif extension - Casablanca
زنقة الفرات، إقامة برنابين الطابق 4، رقم 7، المعاريف - الدار البيضاء

Tél.: 05 22 25 59 59 - Urgence: 06 62 07 21 27 - Email: dhl.guenniou@gmail.com

Médian sélectionné

CLINIQUE LONGCHAMP

THAMI, BENLAMINE

N° patient 74495

18.03.2020

9:39:51

ST au repos

EFFORT

0:00

75 /min

130/80 mmHg

ST max.

EFFORT

4:59

148 /min

charge max.

EFFORT

5:21

151 /min

Fin du test

RECUP.

3:08

104 /min

ST au repos

EFFORT

0:00

75 /min

130/80 mmHg

ST max.

EFFORT

5:21

151 /min

charge max.

EFFORT

3:08

104 /min

Fin du test

RECUP.

3:08

104 /min

I

II

III

aVR

aVL

aVF

VI

V2

V3

V4

V5

V6

0.01
0.03 mV/s

0.01
0.28

-0.03
-0.16

-0.02
-0.17

0.02
-0.30

0.05
-0.72

0.06
-0.41

0.03
-0.07

0.01
-0.03

-0.07
0.70

-0.09
0.07

-0.04
-0.17

0.06
0.53

0.10
0.58

0.11
2.10

0.04
0.73

-0.01
-0.17

-0.09
-0.60

-0.07
0.09

-0.02
-0.13

0.12
1.09

0.12
2.83

0.12
3.13

0.06
1.06

-0.01
-0.34

0.03
-1.00

0.06
-0.14

0.03
-0.25

0.04
0.64

-0.04
1.93

-0.03
1.72

-0.02
0.76

0.01
0.01

0.05
-0.19

0.02
-0.37

0.00
-0.20

0.01
0.44

-0.11
1.35

-0.07
1.52

-0.06
0.44

0.01
0.01

-0.07
0.04

-0.08
0.08

-0.03
-0.14

0.01
0.32

-0.09
0.98

-0.08
0.98

-0.05
0.15

THAMI, BENLAMINE

N° patient 74495

18.03.2020 masculin

9:39:51 68A.

Méd.:

Motif du test :

Historique médical:

Médecin Référent: Médecin Prescripteur:

Infirmière: Type d'épreuve:

Commentaire:

Sommaire tabulaire

CLINIQUE LONGCHAMP

BRUCE: au total Durée de charge 05:21

FC max. : 151 /min 99% de max. calculée 152 /min FC au repos: 74

TA maximale: 142/85 mmHg TA au repos: 130/80 Produit FCxTA max. : 16046 mmHg*bpm

Travail max.: 6.30 METS

ST max.: -0.11 mV, 0.00 mV/s en V5; EFFORT PALIER 2 04:59

Arrythmie: ESV:2, ESSV:4, STEF:1

Index ST/FC: 1.18 μ V*min

Critères d'arrêt: Fatigue

Résumé: Resting ECG: normal. Overall impression: Normal stress test.

Conclusion: TEST D'EFFORT MAXIMAL NEGATIF CLINIQUEMENT ET ELECTRIQUEMENT (SOUS DECALAGE ASCENDANT)

ABSENCE DE TROUBLE DU RYTHME

PROFIL TENSIONNEL ADAPTE A L'EFFORT

N° de localisation: * 0 *

Phase	Palier	Durée pal.	Vitesse (km/h)	Pente (%)	Charge (Mets)	FC (/min)	TA (mmHg)	FCxTA (mmHg*bpm)	ESV (/min)	Ampl. ST (V5 mV)	Commentaire
PRETEST	ECG REPOS	00:40	0.00	0.00	1.0	75	130/80	9750	0	0.01	
EFFORT	PALIER 1	03:00	2.70	5.00	3.4	115	142/85	16330	0	0.00	
	PALIER 2	02:21	4.00	10.00	6.3	151			1	-0.07	
RECUP.		03:10	0.00	0.00	1.0	106			0	-0.05	