

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.

Biologie 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

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 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19- 055060

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2100 Société : 141746

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZIANE ZHOR

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 68 63 37 13 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-055060

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient													
				Coefficient des travaux												
				Montant des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		D 00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins
	H															
	25533412	21433552														
00000000	00000000															
G																
D 00000000	00000000															
35533411	11433553															
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis													
			Fin d'exécution													
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution														



P 17 / 0061806

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 2100	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom ZIANE ZHOU			
Fonction	Phones 0668633713		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		Date	
Paléontologie		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
		Signature et cachet du Pharmacien	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
03/08/20	520,00		CACHET
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
CACHET			

Au total,

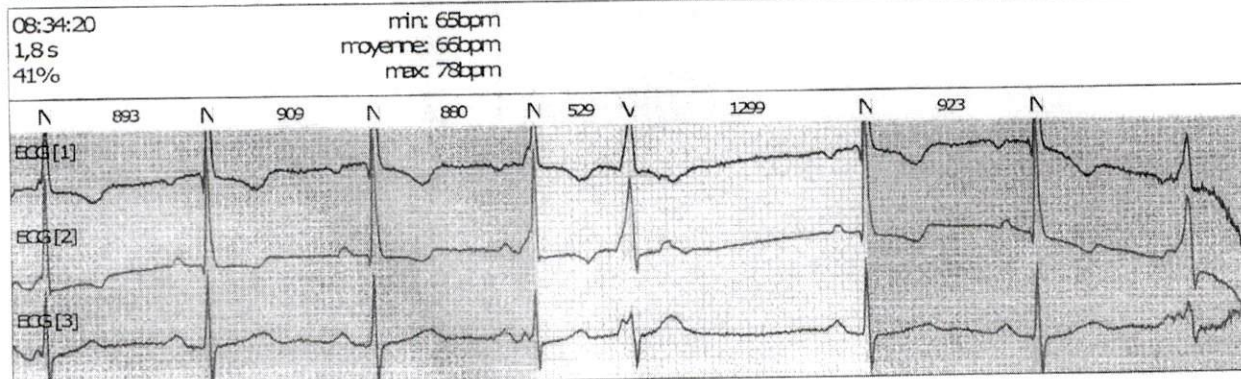
Activité ventriculaire: 954 ESV dont 5 bouquets monomorphes, 18 bigémisées, 129 trigémisées sans passage en TV.

Activité supraventriculaire: 6 ESSV simples sans passage en FA.

Pas de trouble conducteur.

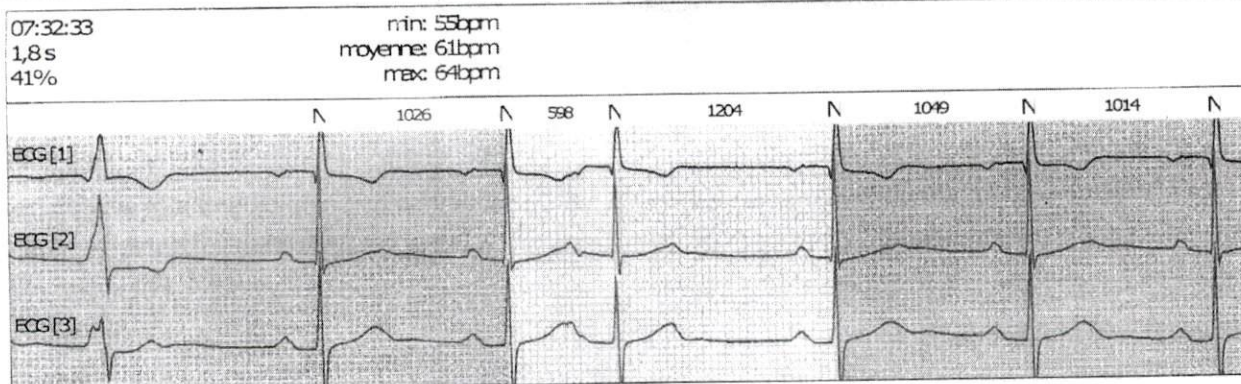
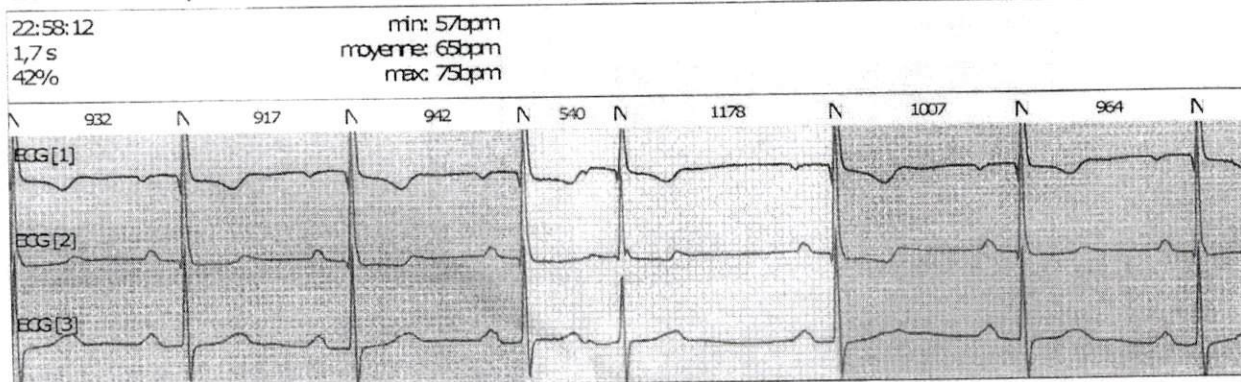
battements ectopiques ventriculaires [25 mm/s 10 mm/mV]

Quantité (10%): 719



Battement supraventriculaire isolé [25 mm/s 10 mm/mV]

Quantité (30%): 6



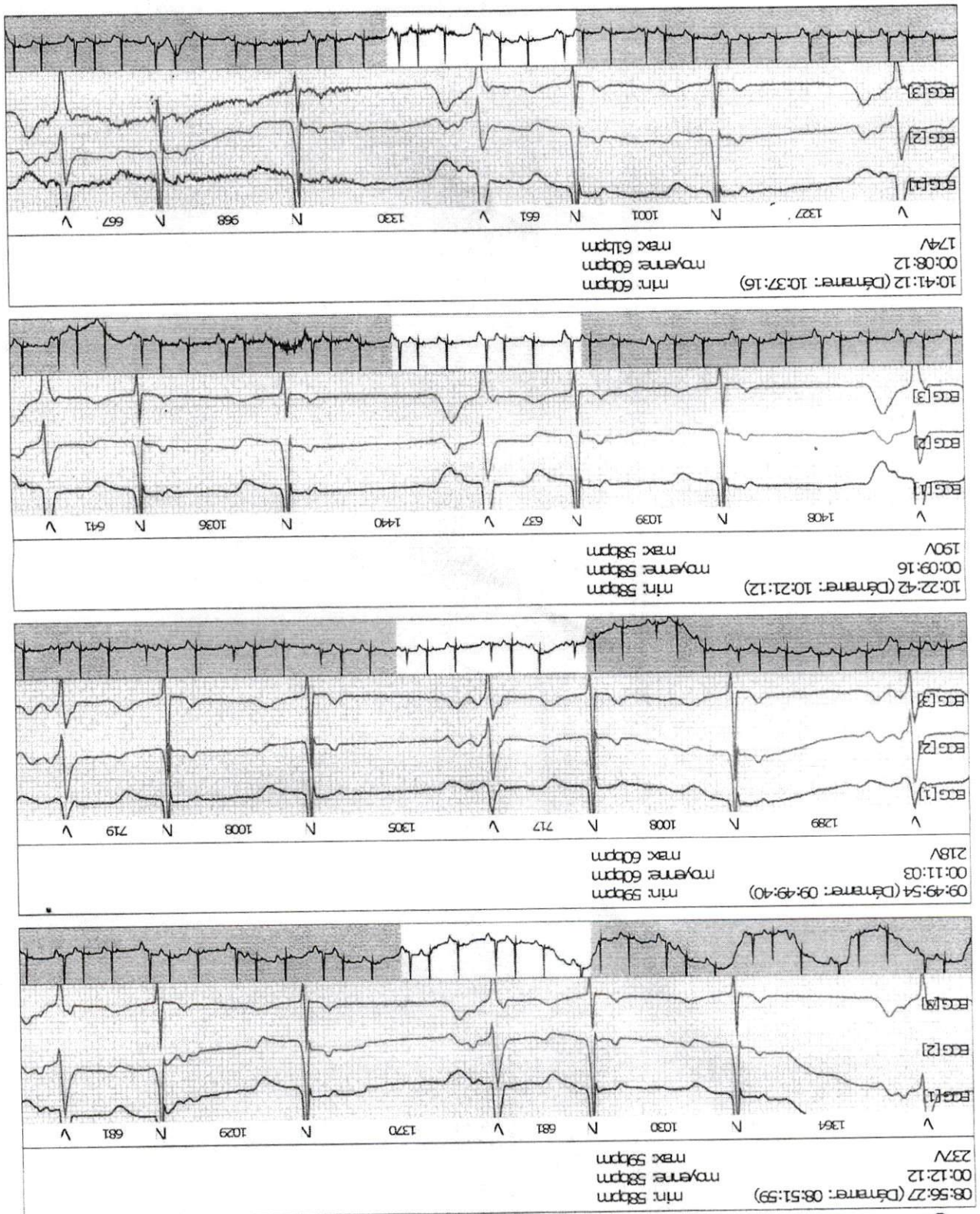
Diagnostic

L'enregistrement du holter a duré 23:59:59 heures.

La fréquence cardiaque moyenne était de 61 bpm pendant la journée, 61 bpm la nuit et 61 bpm sur l'enregistrement au total.

Quantité: 129

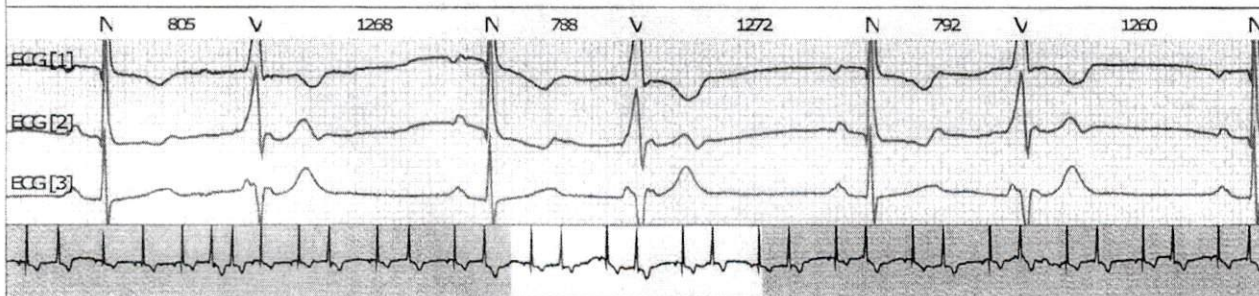
Trigéménée [25 mm/s 10 mm/mV]



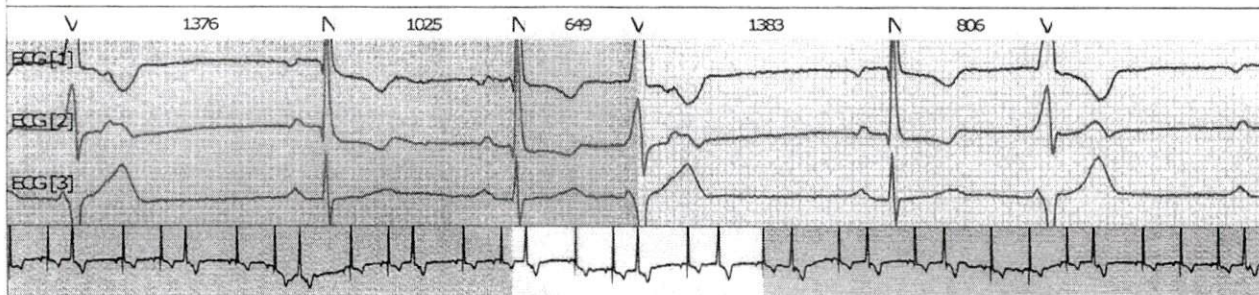
Bigéminé [25 mm/s 10 mm/mV]

Quantité: 18

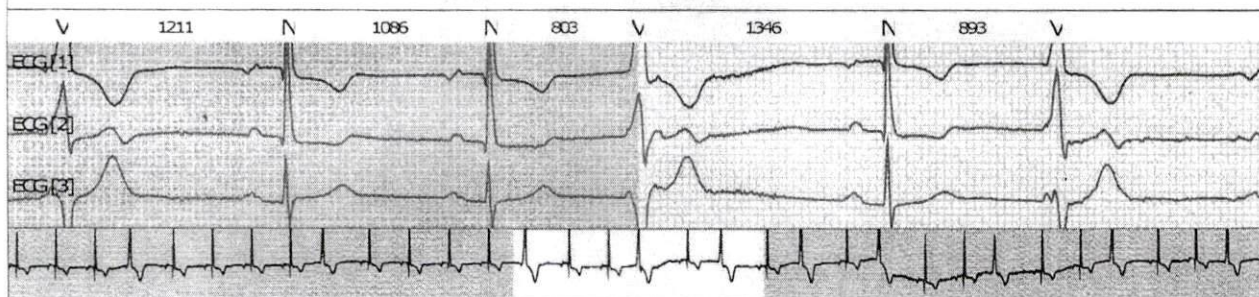
08:51:24 (Démarrer: 08:51:19) min: 54bpm
38,1 s moyenne: 58bpm
19V max: 63bpm



09:17:10 min: 59bpm
9,5 s moyenne: 57bpm
5V max: 63bpm

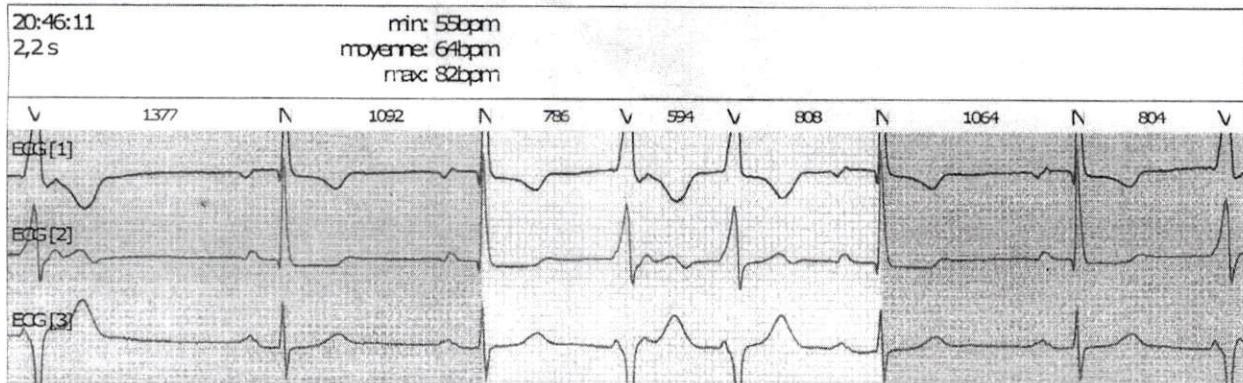
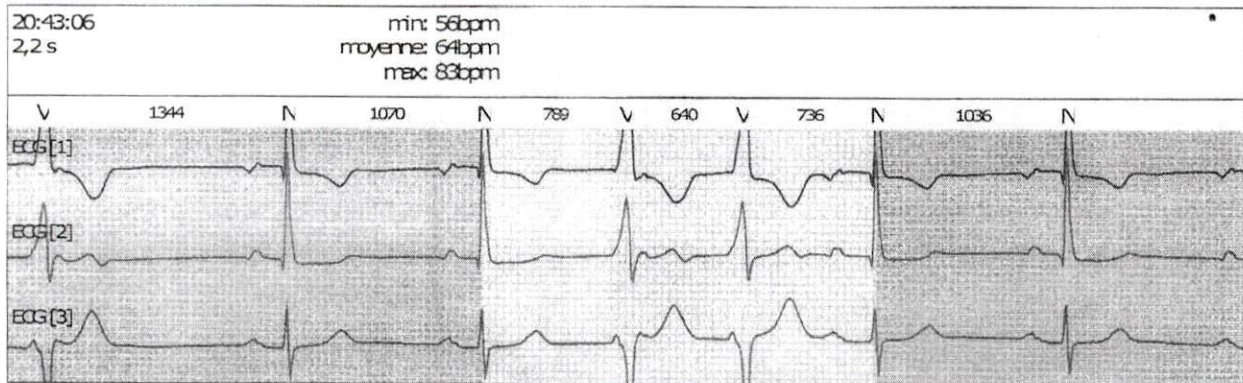
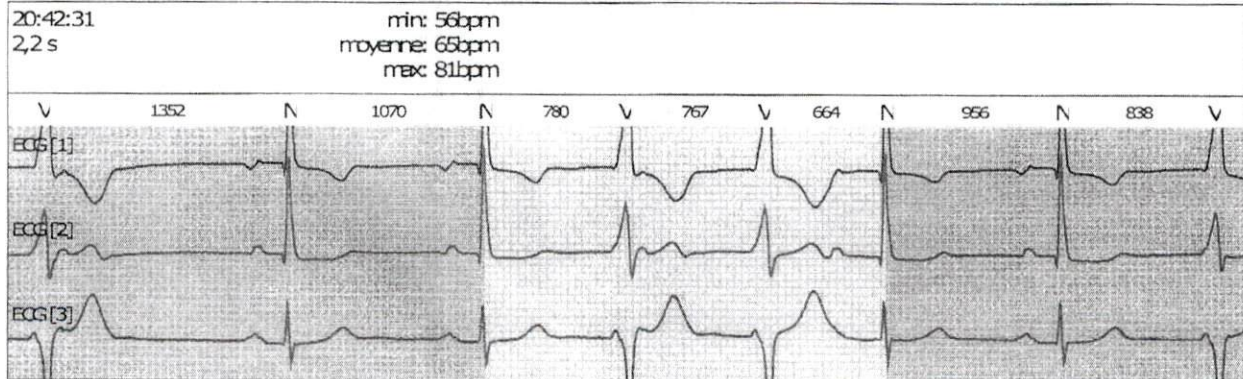


20:57:28 min: 56bpm
7,7 s moyenne: 56bpm
4V max: 59bpm



Couplet monomorphe [25 mm/s 10 mm/mV]

Quantité: 5



Au total,

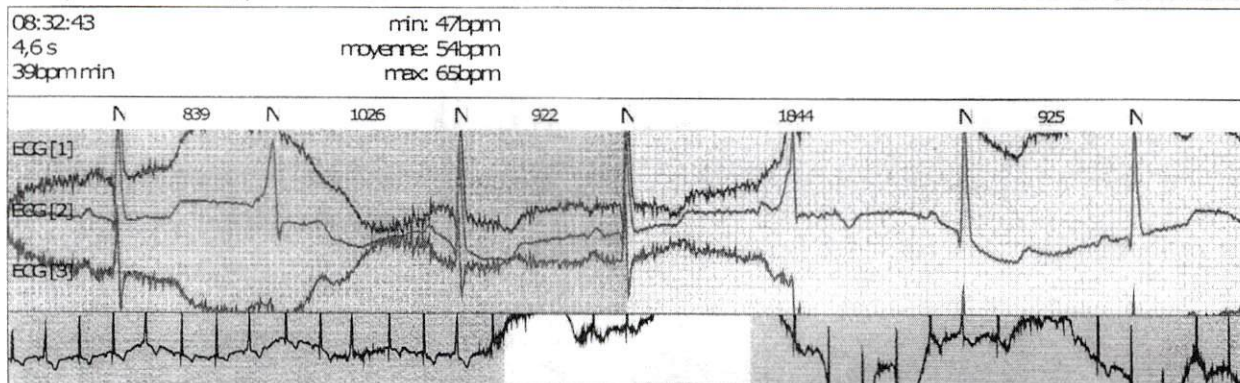
Activité ventriculaire: 954 ESV dont 5 bouquets monomorphes, 18 bigémínées, 129 trigémínées sans passage en TV.

Activité supraventriculaire: 6 ESSV simples sans passage en FA.

Pas de trouble conducteur.

Fréquence cardiaque min [25 mm/s 10 mm/mV]

FC min: 37bpm @ 17:55:50



Données du patient

Nom	zhor, ziane	Numéro de cas	
ID	289981	Début d'enr.	03/08/2020 10:48:31
Age	79 Date de naissance: 01/01/1941	Longueur	23:59:59 valide: 23:56:49
Sexe	femme	Enregistreur	FD12plus (1778/2.3 1.20)
Adresse		Méd. Référent	
Téléphone		Contact	

Motif de l'enregistrement
Thérapie en cours
Thérapie recommandée

Général

Battements	86975
ESV	4418 (5,08%)
Battements normaux	82557 (94,92%)
Battements stimulés	0 (0,00%)
BB	0 (0,00%)
Jonction	0 (0,00%)
Fibrillation auriculaire	0
Flutter auriculaire	0
Artefacts%	0,22%

Fréquence cardiaque et VFC

FC min. / maxRR	37 bpm @ 17:55:50 / 2995,8 ms
FC max. / minRR	133 bpm @ 21:21:24 / 219,7 ms
Min. FCsin. / maxNN	22,4 bpm / 3850,7 ms
Ø FC	61 bpm
Ø FC diurne	61 bpm
Ø FC nocturne	61 bpm
Battements en Tachy	0 (130 bpm) 0%
Battements en Brady	0 (45 bpm) 0%
Pause la plus longue	--- s @ ---
QTc le plus long	21,8 s / QTc: 451 ms @ 07:48

Événements ventriculaires

battements ectopiques ventriculaires	719
Doublets	Mono: 5 Poly: 0
Triplets	0
V isolé	83
Bigéminé	18
Trigéminé	129
TV	0
TV la plus sévère	
TVNS	0
Salves ventriculaires	0
RIV	0

Événements supraventriculaires

Pause	0
Tachycardie	0
TSV la plus sévère	--- s
Bradycardie	0
Brady la plus sévère	--- s
Doublet SV	0
Triplet SV	0
TSVP	0
Rythme irrég.	0
ESSV	6 (0,01%)
N-ESSV	82551 (99,99%)

Diagnostic

L'enregistrement du holter a duré 23:59:59 heures.

La fréquence cardiaque moyenne était de 61 bpm pendant la journée, 61 bpm la nuit et 61 bpm sur l'enregistrement au total.

CHU Mohammed VI - Oujda
Service de Cardiologie
Médecin Résident
El KASIMI Abdelouahab

Facture N° 2020/S/69313

Organisme : MUPRAS



Bénéficiaire			Adhérent	
IP : 289 981	DI : 1 306 507	N° : 4 773 573	Nom et prénom : ZHOR ZIANE	
Nom et prénom : ZHOR ZIANE			N° Immatriculation : **	
N° CIN : F204666			N° Affiliation :	
Date Consultation : 03/08/2020 08:30:00			Lien avec l'assuré :	
Service : CARDIOLOGIE				

Code	Description	Quantité	Prix	Total Net
H507	HOLTER ECG	1,00	520,00	520,00

Arrêtée la présente facture à la somme de cinq
cent vingt Dhs et zéro centimes

Total Général : 520,00

Les montants affichés sur cette facture sont en MAD

Créé par : MBENRAHOU Le : 03/08/2020 10:20:07

Editée par : MBENRAHOU Le : 03/08/2020 10:20:08



TOTAUX
REPORTS

ROYAUME DU MAROC
MINISTRE DE LA SANTE
C.H.U Mohammed VI" d'Oujda
Hopital des Specialite

FACTURE

S/69313

QUITTANCE

N° 133745

Reçu du M.

ZHOR

ZIANE

La somme de :

Cinq cent Vingt DHS

Nature de la recette	EX	Sommes
520,00 HS07	20	520,00
Total		520,00

Cette quittance fournit en un seul exemplaire

Cachet du Service

REGISSEUR

Le 03/08/20

Signature Régisseur de Recette

INPE : 0001050

Hopitalier Mohammed VI