

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0036084

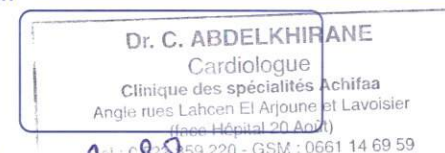
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6638 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ELKHALFI ELMESTAPHA
 Date de naissance : 1962
 Adresse : C.A.S.A.
 Tél. : 0661066938 Total des frais engagés : 2300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/10/2022
 Nom et prénom du malade : ELKHALFI Naima Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : cardiologie
 Affection longue durée ou 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 : C.A.S.A. Le : 06/10/2022
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES					
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Rôle de l'Acte	
06.10.2022	CS		3.00	Cardiologue	
06.10.2022	Holler ECG		1000.00	Clinique des spécialités Achiraa	
20.10.2022	Epreuve d'effort		1000.00	Anglaises Lahcen El Ajourne et Lavoisier Hôpital (20 Août)	
				Tel : 0 522 859 220 - GSM : 06 51 14 69 59	

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

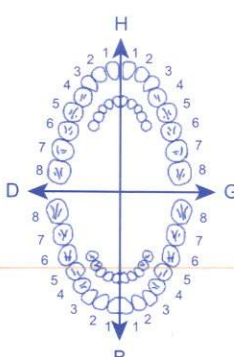
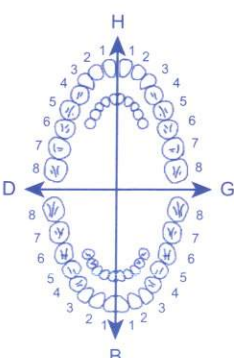
[illegible]

RELEVÉ 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
				MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
				DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
				FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
				DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
				DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Envoyé par :

Dr Chérif Abdelkhirane

Dr. C. ABDELKHIRANE
Cardiologue
Clinique des spécialités Adultes
Angle rues Lahcen El Argouni et Lavoisier
(face Hôpital 20 Août)
Tél : 0 522 859 220 - GSM : 0661 14 69 59

El khalfi naima

Date de naissance : 02/12/1971

Age : 50 ans

Sexe : F

n° ID :

Poids : 75 kg

Taille : 161.0 cm

Service :

Cardiologie

Date de pose :

06/10/2022 à 10:57

Indication(s) :

ECG de base :

Traitement(s) :

AS

CENTRE HOLTER :

PATIENT : El khalfi
 Prénom : naima
 Date de naissance : 02/12/1971
 Age : 50 ans
 Sexe : F
 Poids : 75 kg Taille : 161.0 cm
 n° ID :
 Service : Cardiologie

Analysé par :
 Date de l'examen (Temps) :

Indication(s) :

ECG de base :

Traitement(s) :

RESULTATS (Tous)

FREQUENCE CARDIAQUE : (Nombre total de QRS : 104442) (Temps Heure : 23:41)

Moyenne : 74 bpm

FC Max : 154 bpm à (1)14:51:40

RR Max : 1495 ms à (1)16:34:15

Jour (08:00 - 21:00) : 79 bpm

FC Min : 48 bpm à (1)05:37:56

RR Min : 235 ms à (1)14:51:40

Nuit (23:00 - 06:00) : 67 bpm

BRADYCARDIE : 0

PAUSES : 0

PERIODES LONGUES : 2

1/ à (1)16:34:15 RR = 1495ms

2/ à (1)17:54:28 RR = 1425ms

EVENEMENTS VENTRICULAIRES :

EXTRASISTOLES :

BI & TRIGEMIN. : 0 & 0

TACHYCARDIE : 0

Isolées : 105 0.1 %

Doublets : 5 0.0 %

Salves : 3 0.0 %

Total : 124

EVENEMENTS SUPRAVENTRICULAIRES :

EXTRASISTOLES :

BI & TRIGEMIN. : 0 & 0

TACHYCARDIE : 0

RR INSTABLE : 0

Isolées : 4 0.0 %

Doublets : 4 0.0 %

Salves : 2 0.0 %

Total : 22

COMMENTAIRES

Tracé sur 24H, en rythme sinusal permanent avec 104321 bpm

Seuls 125 ESSV sont enregistrés soit 0.1%.

Pas de FA ni TV

Pas de trouble de la conduction

Pas de pré-excitation

Dr C. Abdelkhirane

Dr. C. ABDELKHIRANE
 Cardiologue
 Clinique des spécialités Achifaa
 Angle rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier
 (face Hôpital 20 Août)
 Tél : 0 522 859 220 - GSM : 0661 14 69 59

PARAM. D'ANALYSE :

Date de pose : 06/10/2022 à 10:57 Durée : 23:59:53 N° ENREGISTREUR : SJ0404168 3.01Q

Temps minimum de pause :

2500ms

Bradycardie < :

45bpm

Prématurité supraventriculaire < :

75%

Tachycardie supraventriculaire > :

150bpm

Prématurité ventriculaire < :

Désactivé

Tachycardie ventriculaire > :

50bpm



مصلحة الاختصاصات الشفاء Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjoun et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma

Casablanca, le : 06.10.2022

Docteur :

NOTE D'HONORAIRE

Le Docteur Chérif ABDELKHIRANE

Prie M^r / Mme ... ELKhalifi Naima

D'accepter l'expression de ses sentiments distinguées et

lui présente suivant l'usage sa note d'honoraires pour les

actes suivants ... CS + Holter ECG 24h

S'élevant à la somme de 1300,00 Dhs.

Dr. C. ABDELKHIRANE
Cardiologue
Clinique des spécialités Achifaa
Angle Rues Lahcen El Arjoun et Lavoisier
(face Hôpital 20 Août)
Tél : 0 522 859 220 - GSM : 0661 14 69 59

IF. 40411002 PATENTE 35511131 CNSS 191950751
INP 091000679 ICE 001851425000087



مصلحة الاختصاصات الشفاء Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma

Casablanca, le : 20 10 2022

Docteur :

NOTE D'HONORAIRE

Le Docteur Chérif ABDELKHIRANE

Prie Mr / Mme C. L. K. P. P. Naima

D'accepter l'expression de ses sentiments distinguées et

lui présente suivant l'usage sa note d'honoraires pour les

actes suivants Epreuve d'effort

S'élevant à la somme de 1000,00 Dhs.

Dr. C. ABDELKHIRANE

Cardiologue

Clinique des spécialités Achifaa

Angle rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier

(face Hôpital 20 Août)

Tél : 0 522 859 220 - GSM : 0661 14 00

IF. 40411002 PATENTE 35511131 CNSS 191950751
INP 091000679 ICE 001851425000087