

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5083 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : CHEFIF AZIZI Nafissa Yacine Benabdellah

Date de naissance : 12/07/1965

Adresse : 134 Rue 11 Banghaa

Tél. : 06 61 18 86 91 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Mohamed SAADAoui**  
\* Cardiologue Interventionnel  
Institut de Cardiologie et d'Angéiologie  
728, Bd. Modibo Keita - Casablanca  
Tél: 05 22 80 00 00 - Fax: 05 22 82 16 12

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : CHEFIF AZIZI JAIAF Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Dorsalgie thoracique, Cardiopathie ischémique

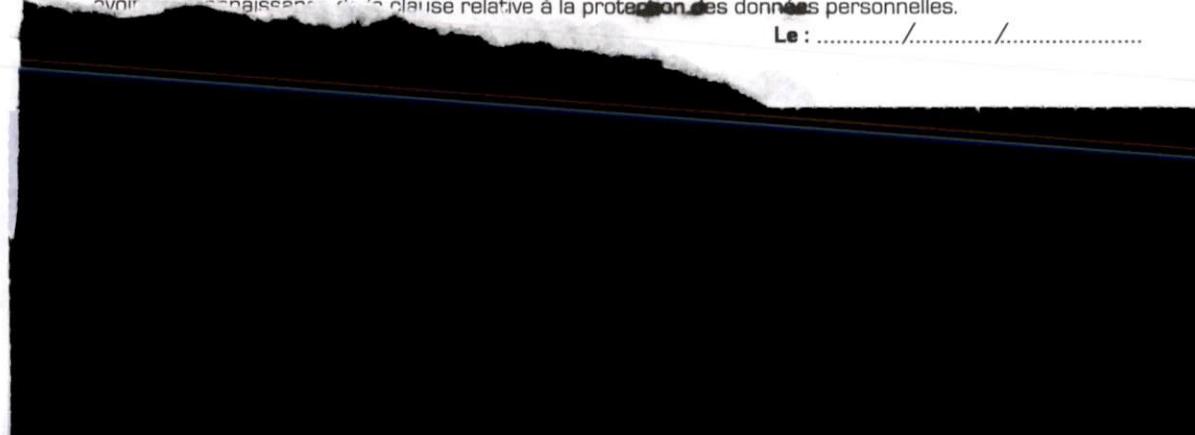
Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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 lu et compris la clause relative à la protection des données personnelles.

Le : ..... / ..... / .....



### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Praticien attestant le Paiement des Actes
02/12/2011	Urgent ticket maladie		9322,56	<p>Dr. Mohamed SAADAOUI</p> <p>* Cardiologue Interventionnel</p> <p>Institut de Cardiologie et d'Angéiologie</p> <p>728, Bd. Modibo Keita - Casablanca</p> <p>Tel: 05 22 80 00 00 - Fax: 05 22 82 16 12</p>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		1000000

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

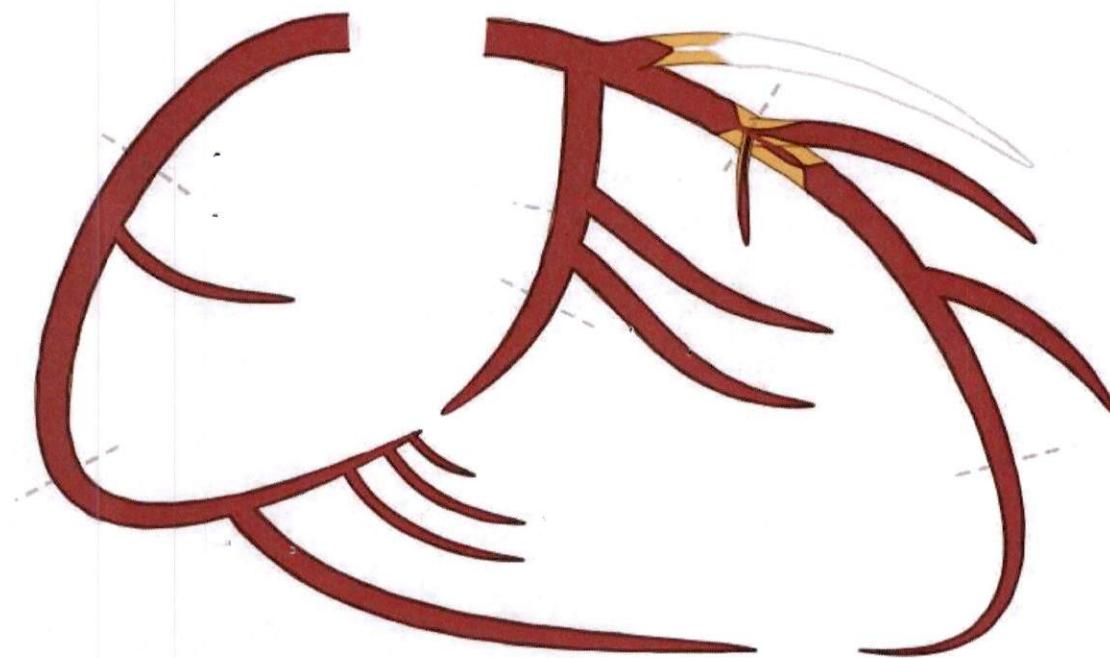
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
<p><b>ODF PROTHESES DENTAIRES</b></p> <p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	
H	25533412	21433552														
00000000	00000000	00000000														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
<p></p>																
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												



### ANGIOPLASTIE

La sonde porteuse LAUNCHER EBU 3.5 6F 100 cm est positionnée au niveau du tronc commun. Un guide BMW 0.014 HYDRO 3CM (SING) est positionné en aval de l'artère interventriculaire antérieure proximale. Mise en place d'un ballon TREK NC 3.50 X 12 mm au niveau de l'artère interventriculaire antérieure proximale pour prédilater la lésion. Une inflation est réalisée à une pression maximale de 12 ATM pour une durée totale de 30 sec. Mise en place d'un stent actif ULTIMASTER 3 X 18 mm au niveau de l'artère interventriculaire antérieure proximale. Une inflation est réalisée à une pression maximale de 16 atm pour une durée totale de 30 sec. Réalisation d'un " kissing balloon " avec un ballon RYUREI® 2 X 10 (Terumo) positionné au niveau de l'artère interventriculaire antérieure proximale (12 ATM - 30 sec) et un ballon positionné au niveau de (-1 ATM). Aucune empreinte n'a été notée lors de l'inflation. Après contrôle angiographique final, l'artère interventriculaire antérieure proximale est indemne de lésion significative. Le flux coronaire est normal (TIMI 3). Aucun spasme n'a été induit durant la procédure.

Mise en place d'un ballon RYUREI® 2 X 10 au niveau de l'artère bissectrice pour prédilater la lésion. Une inflation est réalisée à une pression maximale de 12 ATM pour une durée totale de 30 sec. Aucune empreinte n'a été notée lors de l'inflation. Mise en place d'un stent actif XIENCE ALPINE 2.00 X 18 mm au niveau de l'artère bissectrice. Une inflation est réalisée à une pression maximale de 16 atm pour une durée totale de 30 sec. Aucune empreinte n'a été notée lors de l'inflation. Afin d'optimiser le déploiement de l'endoprothèse au niveau de l'artère bissectrice, mise en place d'un ballon TAZUNA 2.5 X 10 mm. Une inflation est réalisée à une pression maximale de 12 ATM pour une durée totale de 30 sec. Aucune empreinte n'a été notée lors de



Clinique Dar Salam, 728 bd Modibo Kita / 20100 Casablanca

SECRÉTARIAT & PRISE DE RENDEZ VOUS

Tél. : 05 22 80 00 00 (I.G.) / Tél. : 05 22 85 14 14 / Fax : 05 22 82 16 12

Infirmière de garde (24/7) : 06 62 48 23 97

E-mail : [contact@cardio2020.ma](mailto:contact@cardio2020.ma) / Site web : [www.cardio2020.ma](http://www.cardio2020.ma)

## Coronarographie et Angioplastie

**Patient:** CHERIF ALAMI JAMAL

**Date de naissance:** 25/12/1951

**Sexe:** MASCULIN

**IPP:** 6185

**Date Examen:** 30/11/2022

**Opérateur:** Dr NIHAL ABASSI, Dr MOHAMED SAADAoui

**Indications:** Douleurs thoraciques, troponine +

### STATUT CLINIQUE

- Facteurs de risques : Tabagisme actuel.

### TECHNIQUE

**Salle:** ATLAS.

**Voie d'abord primaire:** Artère radiale droite - 6 French - Succès voie d'abord - Succès fermeture avec Compression manuelle.

**Contraste:** Omnipaque. 150 ml

**Matériel:**

- XIENCE ALPINE 2.00 X 18 mm (Abbott).
- ULTIMASTER 3 X 18 mm (Terumo).

### CORONAROGRAPHIE

**Dominance:** Dominance droite.

**ArtèreCoronaire Gauche:**

- Le tronc commun est de longueur normale, sans sténose.
- L'artère interventriculaire antérieure est de taille normale. Cette artère coronaire donne 2 branches diagonales. L'artère interventriculaire antérieure proximale présente une sténose très serrée (70-90%) de type B1, englobant l'origine de la première diagonale. Cette lésion s'étend jusqu'à l'artère interventriculaire antérieure moyenne.
- L'artère circonflexe est une artère coronaire de taille normale. Cette artère donne deux branches marginales significatives. Il existe une artère bissectrice visible. L'artère bissectrice présente une occlusion aigüe. Cette lésion s'étend jusqu'à l'artère bissectrice.

**ArtèreCoronaire Droite:** L'artère coronaire droite est de taille normale et dominante. Les branches de division de l'artère coronaire droite sont grêles. L'artère coronaire droite est indemne de sténose sur l'ensemble de ses segments.

**Score Syntax:** 15



Clinique Dar Salam, 728 bd.Modibo Kita / 20100 Casablanca

SECRÉTARIAT & PRISE DE RENDEZ VOUS

Tél. : 05 22 80 00 00 ( I.G.) / Tél. : 05 22 85 14 14 / Fax : 05 22 82 16 12

Infirmière de garde (24/7) : 06 62 48 23 97

E-mail : contact@cardio2020.ma / Site web : www.cardio2020.ma

l'inflation. Après contrôle angiographique final, l'artère bissectrice est indemne de lésion significative. Le flux coronaire est normal (TIMI 3). Aucun spasme n'a été induit durant la procédure.



#### CONCLUSION

- ✓ Coro :
  - Lésions bitrunculaires.
  - Sténose significative de l'artère interventriculaire antérieure proximale, englobant l'origine de la première diagonale (lésion de bifurcation).
  - Occlusion aigüe de l'artère bissectrice.
- ✓ Angioplastie :
  - Succès d'angioplastie de l'artère interventriculaire antérieure proximale. Implantation d'un stent actif.
  - Succès de recanalisation de l'artère bissectrice. Implantation d'un stent actif.



Clinique Dar Salam, 728 bd. Modibo Kita / 20100 Casablanca

SECRÉTARIAT & PRISE DE RENDEZ VOUS

Tél. : 05 22 80 00 00 (I.G.) / Tél. : 05 22 85 14 14 / Fax : 05 22 82 16 12  
Infirmière de garde (24/7) : 06 62 48 23 97  
E-mail : contact@cardio2020.ma / Site web : www.cardio2020.ma

Casablanca, le 15/12/2022

الدار البيضاء، في

Direction de l'assurance maladie obligatoire

مديرية التأمين الصحي الإجباري

INSTITUT DE CARDIOLOGIE ET D  
MODIBO KEITA. CLINIQUE DAR



Réf : N° d'immatriculation : 112961737

Nom et prénom de l'assuré : CHERIF ALAMI JAMAL

Nom et Prénom du bénéficiaire : CHERIF ALAMI JAMAL

Utilisateur : R4776

**Objet : Attestation de prise en charge**

**الموضوع : شهادة التحمل**

Madame, Monsieur,

En réponse au dossier de prise en charge numéro 998578118 reçu le 01/12/2022 nous vous faisons part de notre accord concernant :

سيدي، سيدتي،  
جواباً على ملفكم المتعلق بالتحمل رقم 998578118 والذي  
وأفيتمونا به بتاريخ 01/12/2022 نطلعكم على موافقتنا  
بخصوص :

Le bénéficiaire

CHERIF ALAMI JAMAL

المستفيد

Le montant accordé

52827.5 DH

المبلغ المغوص

La validité de prise en charge

du 30/11/2022 au 30/12/2022

صلاحية التحمل

Cette attestation doit être jointe à votre demande de remboursement à déposer dans un délai n'excédant pas 90 jours à compter de la date de sortie du patient de votre établissement et ce pour vous permettre de bénéficier du règlement des frais d'hospitalisation selon les conditions et modalités fixées par voie réglementaire.

هذه الشهادة يجب أن ترافق بطلب التعويض الذي يجب إيداعه في أجل لا يتعدى 90 يوماً من تاريخ خروج المريض من مؤسستكم، وذلك لتمكينكم من الاستفادة من استرجاع مصاريف الاستشفاء، طبقاً للشروط وكيفية التطبيق التي يحددها القانون.

Aussi, nous vous signalons que la non réalisation des soins dans les délais sus mentionnés rend la présente attestation sans effet.

كما نثير انتباهم إلى أن عدم إنجاز العلاجات داخل الآجال المشار إليها أعلاه، يفقد هذه الشهادة صلاحيتها.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

ونفضلوا سيدتي، سيدتي، بقبول خالص تحياتنا.

Réerves :

-Factures dispositifs médicaux

-C R exam radiologiques

-Vignettes et numero de serie du stent

قسم الموافقة المسبقة و التحمل

Division Accords Préalables & Prises en Charge

# CARDIO RADIO CATH-LAB

INSTITUT DE CARDIOLOGIE ET D'ANGEILOGIE

**TICKET MODERATEUR SUR FACTURE** N° **2137** / **2022** du **02/12/2022**

Nom patient : **CHERIF ALAMI MOHAMED JAMAL EDE** Entrée **30/11/2022**  
Prise en charge **CNSS** Sortie **02/12/2022**

	<b>Nombre</b>	<b>Lettre Clé</b>	<b>Prix Unitaire</b>	<b>Taux Pec</b>	<b>Montant Patient</b>
<b>PRESTATIONS</b>					
DILATATION CORONAIRES+2STENTS ACTIFS	1,00		61 500,00	15	9 225,00
ECHO DOPPLER CARDIAQUE	1,00		650,00	15	97,50
			<b>Sous-Total</b>	<b>9 322,50</b>	

<i>Arrêté le présent ticket modérateur à la somme de :</i>  <i>NEUF MILLE TROIS CENT VINGT-DEUX DIRHAMS CINQUANTE CENTIMES</i>	<b>Total</b> <b>9 322,50</b>
--	------------------------------

**Montant total facturé** **62 150,00**

*Montant pris en charge par l'organisme* **52 827,50**

*Montant ticket modérateur à charge du patient* **9 322,50**

<b>REGLEMENT PAR CHEQUE</b>	
Date : <u>02/12/2022</u>	
CHQ N°:	<u>1531829</u> Banque: <u>PTT</u>
Montant :	<u>9322,50</u>
Bon de Caisse N°:	

*CARDIO RADIO CATH-LAB*  
Institut de Cardiologie et d'Angéiologie  
728, Bd. Modibo Keita - Casablanca  
Tél: 05-22-80-00-00  
\*Fax: 05-22-82-16-12\*



د.ر ١٥٩٤٣  
DH 15943

PAYEZ CONTRE CE CHEQUE

Somme en toutes lettres

لبالغ مبين باللغة

ابقعوا مقابل هذا الشيك

A L'ORDRE DE

CARDIS RADIS CATH CAB

لأمر

PAYABLE A

بؤدي في

CASA PLACE MOHAMED V  
104, RUE A.SEHRAOUI  
ANGLE RUE MURDOCH  
CASABLANCA  
05 22 29 39 88

COMPTE رقم الحساب

7673452 2110 039 00  
MED JAMAL EDDINE CHERIF ALAMI

في

LE

Signature

التوقيع

5/1/2023

Chèque Série N° TCC 4531829

يجب لا يصل التوقيع إلى الميز الموجود أسفله LA SIGNATURE NE DOIT PAS ATTEINDRE LA ZONE CI-DESSOUS

000045318294230780476734522140039004800