

## 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

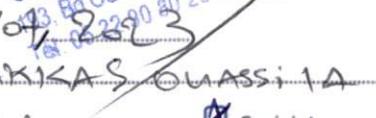
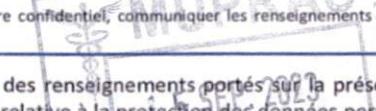
- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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.

N° W21-765359

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	1234	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : SA FRI Abde Kader			
Date de naissance : 01-01-1952			
Adresse : N° 7 Bloc 0 lot municipal El Oulfa Casa			
Tél. 06 74 31 58 18 Total des frais engagés : _____ DHS			

**Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019**

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	21/09/2023	Age :	60
Nom et prénom du malade :	BAKIKAS CLASSI 1A		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 : Casa

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 18/09/2023



### 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
21/07/22	Cardiologie	350,00		INP : 0522908020-077704786 Dr. BENCHARKA Rythmologie Cardiologie - Oum Raïf Oulfa - Casablanca 193, Bd Oum Raïf Oulfa - Casablanca 0522908020-077704786

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

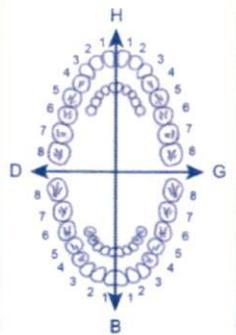
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. BENCHARKA Rythmologie Cardiologie - Oum Raïf Oulfa - Casablanca 193, Bd Oum Raïf Oulfa - Casablanca 0522908020-077704786	21/07/22	00	000,00

### AUXILIAIRES MEDICAUX

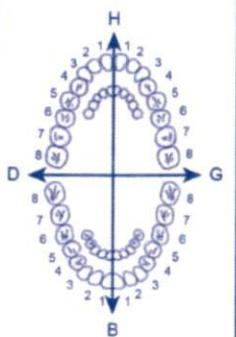
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

## CABINET DE CONSULTATIONS ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Electrocardiogramme

Echographie cardiaque  
trans-thoracique

Echographie cardiaque  
trans-oesophagienne

Echographie doppler  
vasculaire

Holter rythmique

Holter tensionnel

Epreuve d'effort

Rythmologie diagnostique  
et interventionnelle

Implantation de pacemaker

Implantation de  
défibrillateur

Electrophysiologie  
endocavitaire

Exploration des troubles  
du rythme cardiaque  
et palpitations

Casablanca, le 21/12/2023

### NOTE D'HONORAIRES

Nom : .....SAKKAS.....

Prénom : .....OUASSIA.....

<input type="checkbox"/> Consultation + ECG	= 350.00.....
<input type="checkbox"/> Echodoppler cardiaque	= 800.00.....
<input type="checkbox"/> Echodoppler vasculaire	= .....
<input type="checkbox"/> Holter ECG	= .....
<input type="checkbox"/> Holter tensionnel	= .....
<input type="checkbox"/> Contrôle de Pacemaker	= .....
<input type="checkbox"/> Contrôle de Défibrillateur	= .....
<input type="checkbox"/> Autre : .....	= .....
	<b>TOTAL = 1150.00.....</b>

Total (en lettres) : .....Mille cent cinquante dirhams

TP :36046312 ICE:001893439000027 IF:20744261

193, bd Oum Rabii - 2ème étage - Oulfa - Casablanca

193 شارع أم الريان - ولها - البيضاء

( au dessus laboratoire ORBIO - Face Lydec )

Tel : 05 22 90 80 20

Portable/WhatsApp : 07 77 04 78 68

06 61 29 13 24

Email : driss.benchakroune@gmail.com

Dr. BENCHAKROUNE Driss  
Cardiologue - Rythmologue  
193, Bd Oum Rabii Oulfa - Casablanca  
Tel: 05 22 90 80 20 - 07 77 04 78 68



# Dr Driss BENCHAKROUNE

Cardiologue - Rythmologue

Diplômé de la faculté de médecine de Rabat

Diplômé en rythmologie de l'université de Bordeaux

Ancien médecin des hôpitaux de Bruxelles

Ancien médecin de l'hôpital militaire de Rabat

دكتور بنشقرن ادريس

متخصص في أمراض القلب والشرايين

متخصص في اضطرابات نبضات القلب

خريج كلية الطب بالرباط و بوردو (فرنسا)

طبيب سابق بمستشفيات بروكسل (بلجيكا)

طبيب سابق بالمستشفى العسكري (الرباط)

## CABINET DE CONSULTATIONS

## ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Electrocardiogramme

Le 21/07/2023

Echographie cardiaque

### COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE DOPPLER CARDIAQUE

trans-thoracique

#### Mme BAKKAS Ouassila

Echographie cardiaque  
trans-oesophagienne

Ventricule gauche non dilaté, à parois de taille limite, de contractilité globale conservée avec hypokinésie antérolatérale et antérieure FEVG = 55 % SB

Pressions de remplissage du VG basses E/Ea 5.9

Echographie doppler  
vasculaire

Ventricule droit non dilaté, de bonne fonction systolique, TAPSE = 20 mm, Onde Sa tric = 12 cm/s.

Holter rythmique

Oreillettes de taille normale.

Holter tensionnel

Aorte ascendante non dilatée.

Epreuve d'effort

Péricarde sec

Rythmologie diagnostique  
et interventionnelle

Veine cave inférieure fine et compliant.

Implantation de pacemaker

Absence de thrombus intra-cavitaire ou de végétation décelable en ETT.

Implantation de  
défibrillateur

Sigmoïdes aortiques : 3 cusps, de bonne ouverture, absence de rétrécissement aortique ou de fuite aortique.

Electrophysiologie  
endocavitaire

Valves mitrales souples, de bonne ouverture, appareil sous-valvulaire mitral non remanié, absence de rétrécissement mitral, micro fuite mitrale

Exploration des troubles  
du rythme cardiaque  
et palpitations

Profil mitral normal

Absence d'anomalie valvulaire pulmonaire ou tricuspidale.

Fuite tricuspidale minime physiologique, PAPS à 24 mmHg.

**AU TOTAL : Cavités cardiaques non dilatées. Contractilité globale du VG conservée avec hypokinésie antérolatérale et antérieure, FEVG = 55 % SB. Indication à une coronarographie**

Dr. BENCHAKROUNE Driss  
Cardiologue - Rythmologue  
193, Bd Oum Rabii - Oulfa - Casablanca  
Tel: 05 22 90 80 20 - 07 77 04 78 68  
16, C/22 90 80 40 - 06 61 29 13 24

193, bd Oum Rabii - 2ème étage - Oulfa - Casablanca  
شارع أم الريـبع - ولـفا - البيـضاء

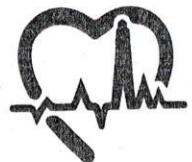
(au dessus laboratoire ORBIO - Face Lydec )

Tel: 05 22 90 80 20

Portable/WhatsApp : 07 77 04 78 68

06 61 29 13 24

Email : driss.benchakroune@gmail.com



Pach 80

TAL 120/74 118/75

Dr BENCHAKROUNE Driss

Nom : BAKKAS OUASSILA Clin:

SN:0006083 Sexe :

Age : 59Y

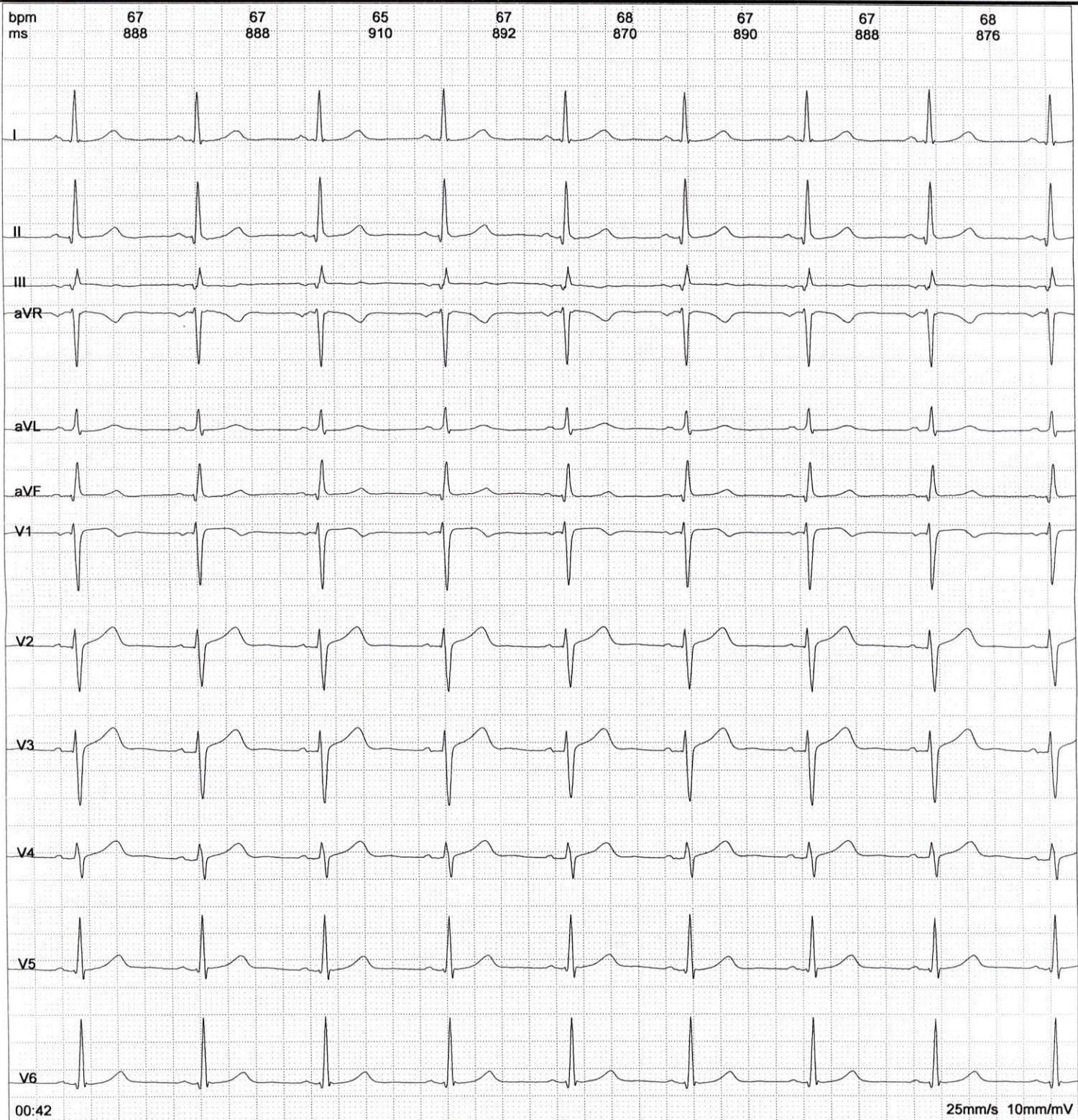
ECG

Serv:

Cas:

Lit:

Date: 21/07/2023 11:24:50



Prompt:			
Fréquence :	1000 Hz	Intervalle PR	142 ms
Temps d'échantillon	53 s	Intervalle QT	412 ms
HR:	67 bpm	Intervalle QTc	434 ms
Intervalle P	68 ms	Axe P	28,56°
Intervalle QRS	84 ms	Axe QRS	41,43°
Intervalle T	196 ms	Axe T	32,67°

Puls. totals 57 , Rythme normal 57 , SVE 0 , VE 0 .

*My 64 c →*

*Per S*  
*Per S*

*Beras R*  
*en DSA*

Dr. BENCHAKROUNE Driss  
Cardiologue - Rythmologue  
133 Bd Oum Rabi Oulfa - Casablanca  
Tél: 03 22 50 80 20 - 07 77 04 78 68

Signature du médecin :