

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

M23-002031

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2473

Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : KADDOUSSI NAHLA

Date de naissance : 27/10/53

Adresse : 127 Rd 200 yaout 3 ème étage N°4

Tél. : 0663355119

Total des frais engagés : 15.120 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BOURACHAI Abdellah

Age : 78 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Expludin + ABLATION

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie : Expludin + ABLATION

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

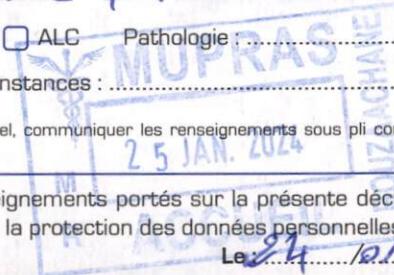
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 24/10/2024

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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
Du 15.01.24	Part Actuel		1510,00 DH	<i>CLINIQUE JERRADA-ODF 113, Av. Abdellatif Bouabid CASABLANCA Tél : 022 23 81 81 - Fax : 022 22 81 82 E-mail : direction@cliniquejerrada.ma</i>
Au 16.01.24				

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 Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

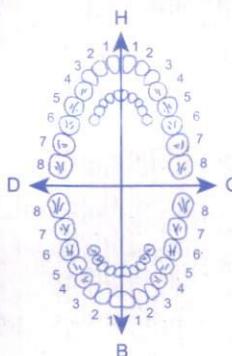
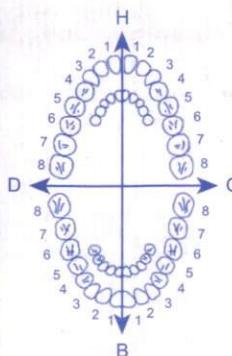
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H	25533412	21433552	
		00000000	00000000	
	D	00000000	00000000	
		35533411	11433553	
	B			
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 16-01-2024

Facture N° 01012/24

A. Identification

N° Dossier : CJO24A15212849 N° Identifiant : 064699/22

Nom & Prénom : M. MAMMER EL BOURACHDI
ABDERRAHIM

C.I.N : B435533

Adresse : NO 14 RUE AHL FES HABOUSS CASABLANCA

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom : MAMMER EL BOURACHDI ABDERRAHIM

Médecin traitant : DR . MOUSTAGHFIR ABDELHAMID

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Organisme
1	EXPLORATION		7 500,00			7 500,00
1	ABLATION PAR RADIOFREQUENCE CATHETERISME		24 000,00			24 000,00
PARTIE CLINIQUE :						Total Rubrique : 31 500,00

PARTIE HONORAIRE ET ACTES EXTERNES :

Arrêté la présente facture à la somme de :

TRENTE ET UN MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme (CNSS) de :

SEIZE MILLE TROIS CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS

C. Débiteur

Organisme : CNSS

ICE : Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation : 146378718

N° Prise en charge : 880325767

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 15-01-2024

Date Sortie : 16-01-2024

page 1/1

Traitements : EXPLORATION +ABLATION

TOTAL GENERAL	31 500,00
Total Organisme (CNSS)	16 380,00
Total Adhérent	15 120,00

signature de l'assuré

CLINIQUE JERRADA OASIS
113, AV. Abderrahim Bouabid
Casablanca
Tél : 0522 23 81 81 - Fax : 0522 23 81 82
E-mail : direction@cliniquejerrada.com

CLINIQUE JERRADA OASIS
113, AV. Abderrahim Bouabid
Casablanca
Tél : 0522 23 81 81 - Fax : 0522 23 81 82
E-mail : direction@cliniquejerrada.com



الضمان الاجتماعي
CNSS

• Casablanca, le 04/01/2024 الدار البيضاء، في

Direction des Prestations AMO

مديرية تعويضات التأمين الإجباري عن المرض

CLINIQUE JERRADA OASIS
BOULEVARD ABDERRAHIM 20490
CASABLANCA

- S/R: Cr exploratoire



CNSS

880325767

AMO

قسم الموافقة المسبقة و التحمل

Division Accords Préalables & Prises en Charge

Indice de révision : 01

REF : 610-2-18 مرجع رقم

TICKET MODERATEUR

N° FACTURE : 01012/24

Du : 23/01/2024

Nom et prénom : M. MAMMER EL BOURACHDI ABDERRAHIM

Organisme de prise en charge :
CNSS

Date Entrée : 15/01/2024

Date Sortie : 16/01/2024

Montant Ticket Modérateur (Dhs) : 15 120,00

Arrêté la présente à la somme de :
QUINZE MILLE CENT VINGT DIRHAMS



Docteur Abdelhamid Moustaghfir

Professeur de cardiologie
Rythmologie interventionnelle

Assistant des hôpitaux des Armées -Français -
Ancien enseignant (PES) à la Faculté de médecine de Rabat
Ancien médecin chef du service de rythmologie
de l'hôpital militaire d'instruction Mohammed V

**Compte rendu d'exploration électrophysiologique endocavitaire et
d'ablation par radiofréquence d'un flutter atrial droit
de Mr Mammer El Bourachdi Abderrahim**

Actes réalisés à la clinique Jerrada

Indication : Flutter atrial d'allure droite chez un patient porteur de pacemaker

Opérateur : Dr Moustaghfir A

Cardiologue : Dr Hjaj Ilham

Matériel utilisé.

Anesthésie locale à la xylocaïne sans prémédication. Mise en place de deux introducteurs 6F et un 7F voie veineuse fémorale droite gauche. Montée de deux sondes
 - une sonde quadripolaire dans le sinus coronaire ;
 - une sonde d'ablation au niveau de la paroi latérale et puis sur l'isthme cavo tricuspidien

L'exploration électrophysiologique endocavitaire met en évidence un flutter atrial droit anti-Horaire typique. L'entrainement montre l'implication de l'isthme Cavo tricuspidien dans le mécanisme du flutter.

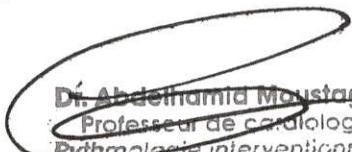
Procédure d'ablation

Montée d'une sonde d'ablation 7F, 8mm de courbure large. Positionnement au niveau de l'isthme cavo-tricuspidien. Délivrance de 15s de radiofréquence de 120 secondes chacun (55° et 50 watts) sur un isthme large avec des potentiels très fragmentés. Arrêt du flutter atrial pendant le tir.

Bloc isthmique bidirectionnel de 130 ms et un double potentiel de 100 ms

Conclusion. succès d'ablation d'un flutter atrial droit. Le traitement anticoagulant dépendra du CHA₂DS₂-Vasc.

A. Moustaghfir



Dr. Abdelhamid Moustaghfir
Professeur de cardiologie
Rythmologie interventionnelle
Tél: 0522 26 53 53 - Fax: 0522 26 53 55
14, Bd de Paris 1er étage N°10 Casablanca

CLINIQUE JERRADA OASIS

BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER CJO24A15212849

NOM DU PATIENT M. MAMMER EL BOURACHDI ABDERRAHIM

MÉDECIN TRAITANT MOUSTAGHFIR ABDELHAMID

PRISE EN CHARGE CNSS

NUMERO PRISE EN CHARGE 880325767

DATE D'ENTREE 15/01/2024

DATE DE SORTIE 16/01/2024

MODE DE SORTIE normal





Casablanca, le 04/01/2024 الدار البيضاء، في

Direction des Prestations AMO

مديرية تعويضات التأمين الإجباري عن المرض

CLINIQUE JERRADA OASIS
BOULEVARD ABDERRAHIM 20490
CASABLANCA



Réf : N° d'immatriculation : 146378718

Nom et prénom de l'assuré : MAMMER EL BOURACHDI ABDERRAHIM

Nom et Prénom du bénéficiaire : MAMMER EL BOURACHDI ABDERRAHIM

Utilisateur : R4874

Objet : Attestation de prise en charge

الموضوع : شهادة التحمل

Madame, Monsieur,

En réponse au dossier de prise en charge numéro 880325767 reçu le 18/11/2023 nous vous faisons part de notre accord concernant :

سيدي، سيدتي
جوابا على ملفكم المتعلق بالتحمل رقم 880325767 والذي وافقنا به بتاريخ 18/11/2023 نعلمكم على موافقتنا بخصوص :

Le bénéficiaire	MAMMER EL BOURACHDI ABDERRAHIM	المستفيد
L'établissement	090061078	المبلغ المعوض
Le montant accordé	16380,00 DH	صلاحية التحمل
La validité de prise en charge	du 02/01/2024 au 02/02/2024	

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

هذه الشهادة يجب أن ترافق بطلب التعويض الذي يجب إيداعه في أجل لا يتعدى 90 يوما من تاريخ خروج المريض من مؤسستكم، وذلك لتمكينكم من الاستفادة من استرجاع مصاريف الاستشفاء، طبقا 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.

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

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

Réerves :

- S/R: Compte rendu opératoire
- S/R: C R exam radiologiques

وتفضوا سيدتي، سيدتي، بقبول خالص تحياتنا.

قسم الموافقة المسبقة و التحمل

Division Accords Préalables & Prises en Charge