

# 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.

**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**  
M23-002031

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2473 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 192212  
 Nom & Prénom : KAWAN NAWKOR  
 Date de naissance : 27/10/1953  
 Adresse : 127 Bd Zaito Yacout 3<sup>e</sup> étage N°4 CASABLANCA  
 Tél. : 0663355119 Total des frais engagés : 15180.00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :




Date de consultation : / /  
 Nom et prénom du malade : BOURACHOI Abdennah Age: 74ans  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Explu + ABLATION  
 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 : CASABLANCA Le : 24/01/24  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

# 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 Paiement des Actes
Du 15-01-24		Part Actuel		
An 16-01-24			1512,00 DH	

# 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

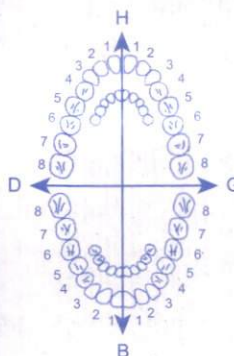
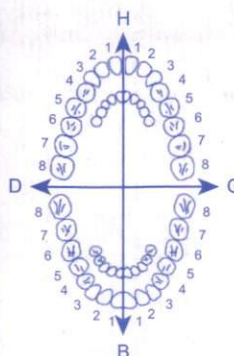
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H  25533412  00000000  D  00000000  35533411 </div> <div> H  21433552  00000000  G  00000000  11433553  B </div> </div>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

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 & **M. MAMMER EL BOURACHDI**

Prénom : **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

## C. Débiteur

page 1/1

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

Médecin traitant : DR . MOUSTAGHFIR ABDELHAMID

Traitement : EXPLORATION +ABLATION

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Organisme
INTERVENTION						
1	EXPLORATION		7 500,00			7 500,00
1	ABLATION PAR RADIOFREQUENCE CATHETERISME		24 000,00			24 000,00
Total Rubrique :						31 500,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						31 500,00
PARTIE CLINIQUE :						0,00

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

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.ma



الضمان الاجتماعي  
التأمينات الاجتماعية  
CNSS

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

Direction des Prestations AMO

مديرية تعويضات التأمين الإجباري عن المرض

CLINIQUE JERRADA OASIS  
BOULEVARD ABDERRAHIM 20490  
CASABLANCA

- S/R: Cr exploratoire



قسم الموافقة المسبقة والتحمل

Division Accords Préalables & Prises en Charge

Indice de révision : 01

مرجع رقم REF : 610-2-18

## 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

CLINIQUE JERRADA-DASIS  
115, rue Mohammed VI, Bouabid  
CASABLANCA  
Tel : 0522 23 81 81 • Fax : 0522 23 81 82  
E-mail : direction@cliniquejerrada.ma

**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 Hjjaj 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 tricuspideen

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

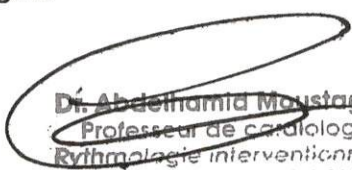
**Procédure d'ablation**

Montée d'une sonde d'ablation 7F, 8mm de courbure large. Positionnement au niveau de l'isthme cavo-tricuspideen. Délivrance de /irs 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 CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-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 1<sup>er</sup> 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

CLINIQUE JERRADA-OASIS  
73, Av. Abdelhamid Bouabid  
CASABLANCA  
Tél : 0522 23 81 81 - Fax : 0522 23 81 82  
E-mail : direction@cliniquejerrada.ma



الضمان الاجتماعي  
CNS

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

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,

سيدتي، سيدي

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

جوابا على ملفكم المتعلق بالتحمل برقم 880325767 والذي وافقتمونا به بتاريخ 2023/11/18 نطعنكم على موافقتنا بخصوص :

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

المستفيد

المبلغ المعوض  
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

هذه الشهادة يجب أن ترفق 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.

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

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

وتفضلوا سيدتي، سيدي، بقبول خالص تحياتنا.

Réserves :

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

قسم الموافقة المسبقة و التحمل

Division Accords Préables & Prises en Charge