

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.

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

N° W21-625565

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8938 Société : 87668  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : OUZINE SLIMANE  
 Date de naissance : 1949  
 Adresse : 219, Route MYTHAM - Hayat - CASABLANCA  
 Tél. : 0660301438 Total des frais engagés : 1000,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : / /  
 Nom et prénom du malade : OUZINE SLIMANE Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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 : CASABLANCA Le : 11 OCT 2021  
 Signature de l'adhérent(e) :

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
2011	Examen de l'oeil	1	1000	

[illegible]

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

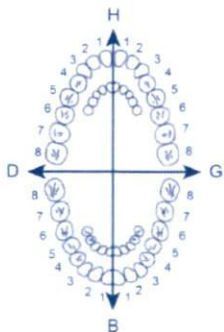
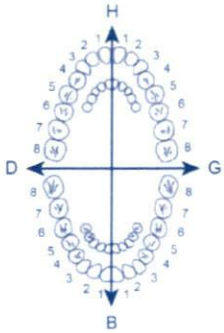
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**CENTRE  
CARDIOLOGIQUE  
CASA-ANFA**



مركز  
أمراض القلب  
البيضاء أنفا

Casablanca le

08/10/2021

Dr. Saâd SOULAMI  
Professeur de Cardiologie  
356, Rue Mohamed El Maâni  
Tél: 0522 22 18 84/26 13 36 - CASA

M. On HINE  
Slimane

Stent aorte byge  
Sergue d'aure

Eprouve deff

Dr. Saâd SOULAMI  
Professeur de Cardiologie  
356, Rue Mohamed El Maâni  
Tél: 0522 22 18 84/26 13 36 - CASA

**Urgence 24h/24h المستعجلات**

19, Bd Ibnou Sina - Casablanca Tél: 05 22 94 39 33 (L.G) - Fax: 05 22 94 30 22

www.cardiocasaanfa.com - Email: contact@cardiocasaanfa.com - I.C.E. : 001742957000002

Patente: 35806678 - I.F: 1004548 - C.N.S.S.: 6021589 BMCI - Agence Mohamed V - RIB: 013 780 01 104 01384700132 48

19, شارع ابن سينا - الدار البيضاء الهاتف: 05 22 94 39 33 - الفاكس: 05 22 94 30 22

بتاننا: 35806678 - ت ج: 1004548 - ص و ض ج: 6021589 التعريف البنكي: 013 780 01104 01384700132 48





DATE D'EXAMEN 08/10/2021

FACTURE N° 1052/ 21

MEDECIN TRAITANT : DR SAAD SOULAMI

NOM ET PRENOM : OUZINE SLIMANE

DESIGNATION	NOMBRE	UNITAIRE	TOTAL
EPREUVE D'EFFORT	1	1 000,00	1 000,00
TOTAL GENERAL			1 000,00

ARRETEE LA SOMME DE LA FACTURE DE :  
MILLE DIRHAMS ./.



**المستعجلات 24h/24h Urgence**

19, Bd Ibnou Sina - Casablanca Tél: 05 22 94 39 33 (L.G) - Fax: 05 22 94 30 22

www.cardiocasaanfa.com - Email. contact@cardiocasaanfa.com - I.C.E. : 001742957000002

Patente: 35806678 - I.F: 1004548 - C.N.S.S.: 6021589 BMCI - Agence Mohamed V - RIB: 013 780 01 104 01384700132 48

19, شارع ابن سينا- الدار البيضاء الهاتف: 05 22 94 39 33 - الفاكس: 05 22 94 30 22

بتاننا: 35806678 - ت ج: 1004548 - ص و ض ج: 6021589 التعريف البنكي: 013 780 01104 01384700132 48

Nom: **Ouzine Slimane**No ID: **OUZINE**

Cas n°:

**08102021**

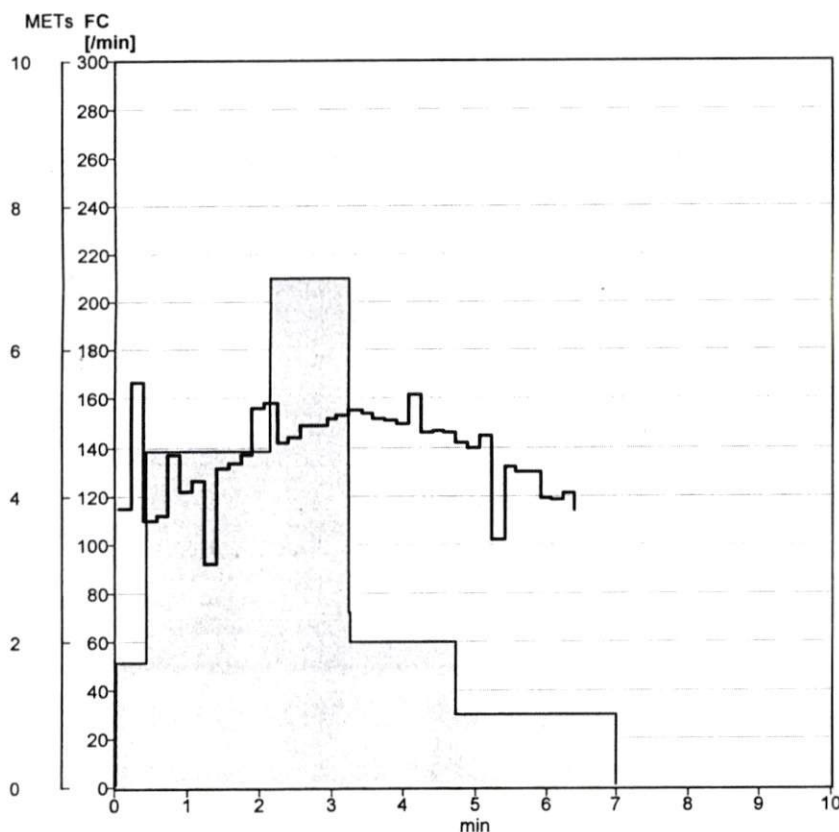
Né: 01.01.1949  
Age: 72 A  
Sexe: M  
Taille: -- cm  
Poids: -- kg  
Indic: SAAD, Dr SOULAMI  
Med:

METs max 7,0 (--) METs (--) %  
FC max: 162 (148) /min (109) %  
PA max: -- / -- mmHg  
PA \* FC max - mmHg / min  
Min. BP x HR 0 mmHg / min  
DP-Factor -  
Surface corporelle -- m<sup>2</sup>

Critère d'arrêt:

Rem:

Protocole: BRUCE  
Ergo / PA: Schiller Intertrack 8100T / -



Rest time 0:26 Durée effort 2:47 Durée récupération 3:47 Durée totale 7:00

**Interprétation**

EPREUVE D'EFFORT MENEES A 100 % DE LA FREQUENCE MAXIMALE THEORIQUE  
AU PALIER 5 DU PROTOCOLE DE BRUCE  
NEGATIVE CLINIQUEMENT ET ELECTRIQUEMENT  
BONNE ADAPTATION DE LA PRESSION ARTERIELLE A L'EFFORT  
ABSENCE DE TROUBLES DU RYTHME OU DE LA CONDUCTION  
DR SOULAMI SAAD

Validé

/ 08.10.2021 19:30:29

Nom: **Ouzine Slimane**No ID: **OUZINE**Cas n°: **08102021**

Critère d'arrêt:

Rest time 0:26  
 Durée effort 2:47  
 Durée récupération 3:47  
 Durée totale 7:00

Indic: SAAD, Dr SOULAMI

METs max 7,0 (--) METs (--) %  
 FC max: 162 (148) /min (109) %  
 PA max: -- / -- mmHg  
 PA \* FC max - mmHg / min  
 Min. BP x HR 0 mmHg / min  
 DP-Factor -

Protocole: BRUCE

Ergo / PA: Schiller Intertrack 8100T / -

**Protocole Paliers**

ST@J +60ms

	Temps mm:ss	METs	Vitesse [km/h]	Elévation [%]	FC [/min]	PA [mmHg]	ST V5 [mm]	P	Y	D	B	R	ES
Pré	0:26	1,7	1,5	0,0	110	-	1.7	0	0	0	0	0	-
Charge1	1:43	4,6	2,7	10,0	142	-	1.2	0	0	0	0	0	-
STMax	2:30	7,0	4,0	12,0	152	-	0.7	0	0	0	0	0	-
Charge2	2:47	7,0	4,0	12,0	155	-	0.7	0	0	0	0	0	-
Réc	1:00	2,0	2,0	0,0	147	-	1.1	0	0	0	0	0	-
Réc	2:00	1,0	0,0	0,0	139	-	1.7	0	0	0	0	0	-
Réc	3:00	1,0	0,0	0,0	124	-	1.0	0	0	0	0	0	-
Fin	3:47	1,0	0,0	0,0	96	-	0.9	0	0	0	0	0	-



Nom: **Ouzine Slimane**No ID: **OUZINE**

Cas n°:

**08102021**

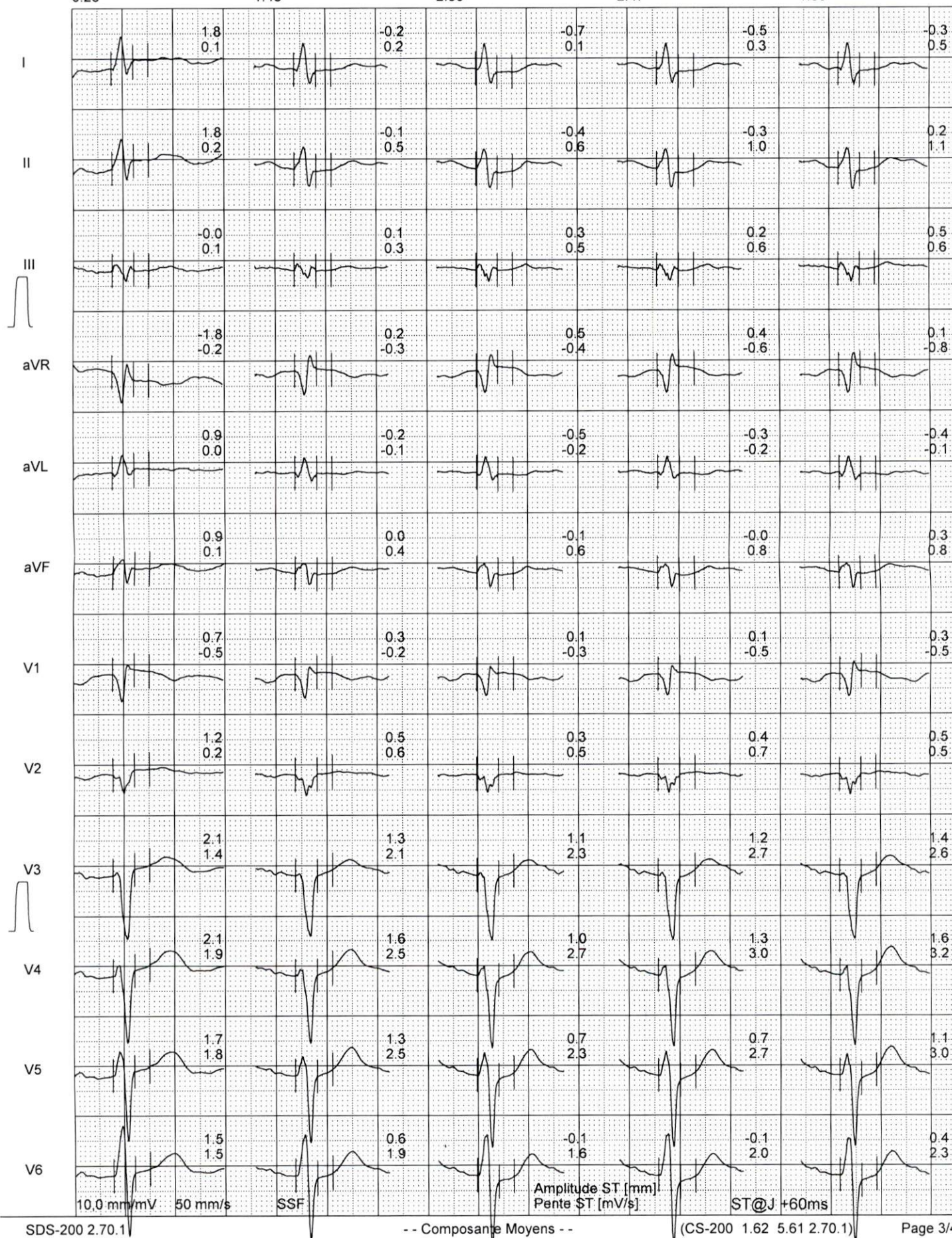
Pré  
110 /min  
1,7 Mts  
-/- mmHg  
0:26

Charge1  
142 /min  
4,6 Mts  
-/- mmHg  
1:43

STMax/Charge2  
152 /min  
7,0 Mts  
-/- mmHg  
2:30

Charge2  
155 /min  
7,0 Mts  
-/- mmHg  
2:47

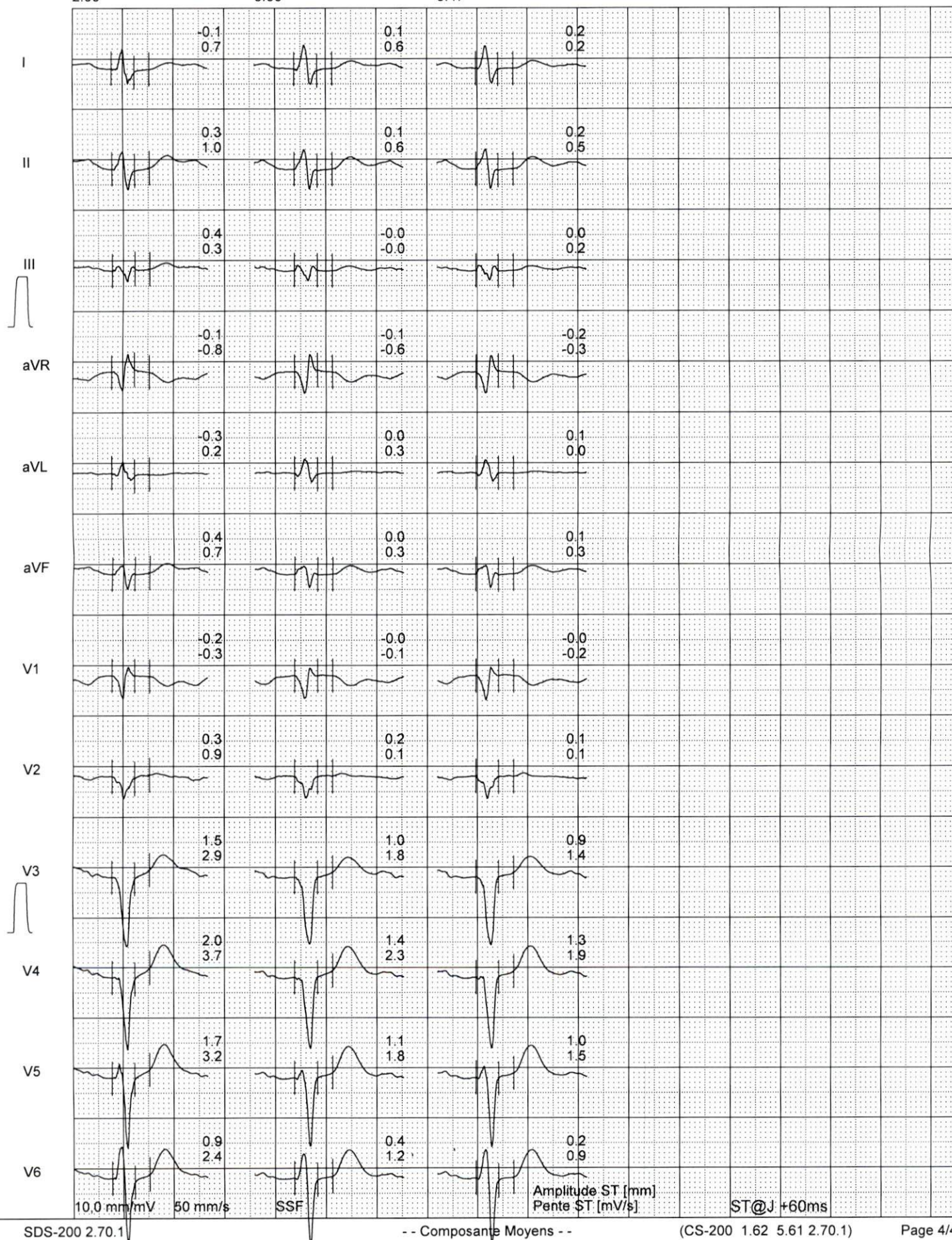
Réc  
147 /min  
2,0 Mts  
-/- mmHg  
1:00



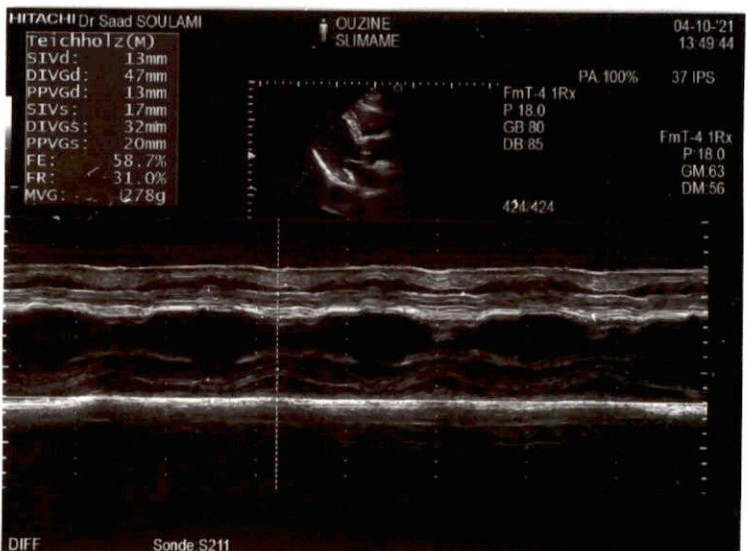
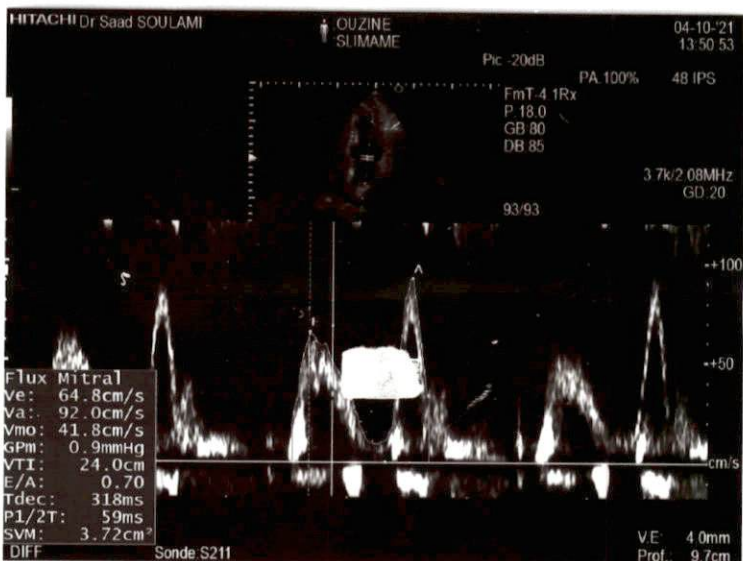
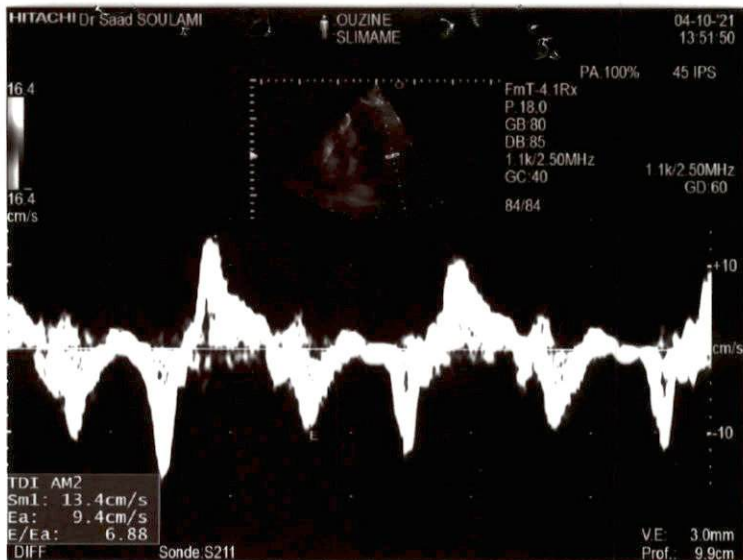


Nom: **Ouzine Slimane**No ID: **OUZINE**

Cas n°:

**08102021**Réc  
139 /min  
1,0 Mts  
-/- mmHg  
2:00Réc  
124 /min  
1,0 Mts  
-/- mmHg  
3:00Fin  
96 /min  
1,0 Mts  
-/- mmHg  
3:47





PA:100%

37 IPS

FmT-4.1Rx

P:18.0

GB:80

DB:85

FmT-4.1Rx

P:18.0

GM:63

DM:56

203/203

OG/Ao (M)

DOGs : 36mm

DAoD : 39mm

DVAS : 20mm

DIFF

Sonde S211