

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.

Biologie 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.

Éducation :

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.

Prothèse :

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

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

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



Déclaration de Maladie **CH**
N° M21- 0059174

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique **102 829** ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1418** Société : **RAM**
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : **GHAMMARTE MOHAMMADI**
Date de naissance : **28/12/1951**
Adresse : **67 GUYMER Rue 5 n°5 OASIS CASABLANCA**
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Pr. ZOUBIDI ZINABIDIN Mohamed**
Pr. Agrégé Cardiologie Interventionnel
Ronde Point de Marseille Casablanca
Tél. : +212 5 22 25 10 35
Date de consultation : **20/12/2021**
Nom et prénom du malade : **GHAMMARTE MOHAMMADI** Age : **70**
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : **Trouble de Rythme**
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 : Le :
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT


Déclaration de maladie N° M21-059174

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : **1418**
Nom de l'adhérent(e) : **GHAMMARTE**
Total des frais engagés : **1436,40**
Date de dépôt : **07/01/22**

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
20.12.21	CS		Gratuit	
17/01/22	C.I		Gratuit	
03.1.2022	Crece		3000	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	le 31.01.22	T = 136,540 014

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Agrégé - Cardiologie Interventionnelle 67, Rond Point de Marseille Oasis Casablanca - Tél.: +212 5 22 25 51-35. Moh.: +212 6 69 58 10 81.	2012.21	H.E.C.G.	1000 DH

[illegible]

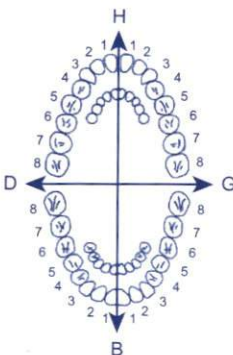
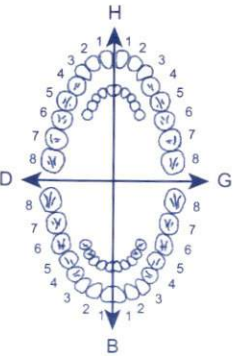
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION </div> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 30px;"></div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION </div> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 30px;"></div> </div>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

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 canaux, ainsi que le bilan de

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX



Centre Cardiologique
Interventionnel

ZOUBIDI MOHAMED ZINABIDIN
Professeur Agrégé

ORDONNANCE

Date : 03.01.2011

M^r Ghammar Bouhamed

1/ Xarelto 20



4 Exforge 10/16



100,70

3/ Tenu 100

PPV: 100,70 DH

35,70

4/ Alpro

Pharmacie des Papiris

Tel: 02 25 51 35

18922

Rue Jules Gues - 09551

35,70

1/2

35,70

Pr. ZOUBIDI ZINABIDIN Mohamed
Pr. Agrégé - Cardiologie Interventionnel
67, Rond point de Marseille Oasis
Casablanca - Tel.: +212 5 22 25 51 35
MOb.: +212 6 69 58 10 81



Centre Cardiologique
Interventionnel

ZOUBIDI MOHAMED ZINABIDIN
Professeur Agrégé
Coronarographie - Angioplastie - Stimulation Cardiaque

Date :

CASABLANCA LE, 20/12/2021

FACTURE N° 0582 /2021

PATIENT : MR GHAMMARTE MOHAMMEDI

HOLTER RYTHMIQUE « ECG » :1000 DHS

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

MILLE DIRHAMS.

INPE : 091026955

Pr. ZOUBIDI ZINABIDIN Mohamed
Pr. Agrégé - Cardiologie Interventionnel
67, Rond Point de Marseille Oasis
Casablanca - Tél. : +212 5 22 25 51 35
Mob. : +212 6 69 58 10 81

Centre Cardiologique Interventionnel

67, Rond point de Marseille, Oasis - Casablanca - Tél. : +212 5 22 25 51 35 - GSM. : +212 6 69 58 10 81 / 6 53 73 19 51
E-Mail : mz_zoubidi@yahoo.fr / mz_zoubidi@centrecardiologie.com / www.centrecardiologie.com

RAPPORT HOLTER ECG

Informations

Nom Patient: GHAMMARTE MOHAMMADI

ID: 0000000000

Age:

Né(e) le:

Sexe:

Adresse:

Indications:

Traitement:

Date début enr.: 12/20/2021 10:29

Enregistreur:

Pacemaker:

Médecin:

Demander par:

SOMMAIRE

Général

Durée(hh:mm): 23:59
 Nbre total batts: 83024
 Nbre Batt.Stimulé: 0
 Nbre total d'ESV: 0
 Nbre total d'ESSV: (38.2%)31756
 Bloc de branche: 0
 Nbre Batt.Aberrant: (2.0%)1636
 % total en FA/Flutter: 0

Fréquence Cardiaque

FC Moyenne: 57
 FC Minimale: 32/5:02
 FC Maximale: 161/0:26
 FC Min.sur 1 Minute: 37/5:12
 FC Max.sur 1 Minute: 93/0:26
 Nbre batts en Tachy: 0
 Nbre de batts en Brady: (1.5%)1286
 + Long R-R: 2.3s/5:12

Variabilité du RR

SDNN sur 24h: 265
 Index SDNN: 188
 rMSSD: 275
 pNN50: 80
 Triangle: 36
 HF: 585.1
 LF: 904.4
 VLF: 818.9

ExtraSystole Ventriculaire

Nbre ESV Isolée(s): 0
 Nbre de Doublet: 0
 Nbre de Bigeminismes: 0
 Nbre de Trigemismes: 0
 Nbre de Salve: 0
 Salve V + Longue: 0
 Salve la + rapide: 0
 Salve la + lente: 0

ExtraSystole Supraventriculaire

Nbre ESSV isolée(s): 11063
 Nbre de Doublet: 4876
 Nbre de Bigeminisme: 700
 Nbre de Trigemisme: 100
 Nbre de salve: 2330
 Salve la + longue: 11/6:53
 - Salve la + rapide: 130bpm/17:26
 - Durée en FA/Flutter: 0

Pause

Pauses de plus de 2.0 s: 16
 Pause la + Longue: 2.3
 QT
 QT Max.: 515
 QTc Max.: 476
 QT Moyen: 427
 QTc Moyen: 390

ST1

Total ST minutes: 51.4
 Maximum ST depression: -2.3mm/11:11
 Maximum ST elevation: 0

ST2

0
 0
 0

ST3

62.9
 -2.4mm/11:07
 0

Conclusions

- Rythme sinusal
- Salve de tachy cardiaque paroxystique non soutenue
- Salve de FA paroxystique non soutenue
- Hyperexcitabilité auriculaire

Pr. ZOURICH MAMADOU Mohamed

Pr. Agrégé Interventionnel

67, Rond Point de Marseille Basis

Tél : +212 5 22 25 51 35

Mob : +212 6 69 58 10 81

CABINET DE CARDIOLOGIE

ECG

Name : ghammarté

Sex :

Age :

Clinic No. :

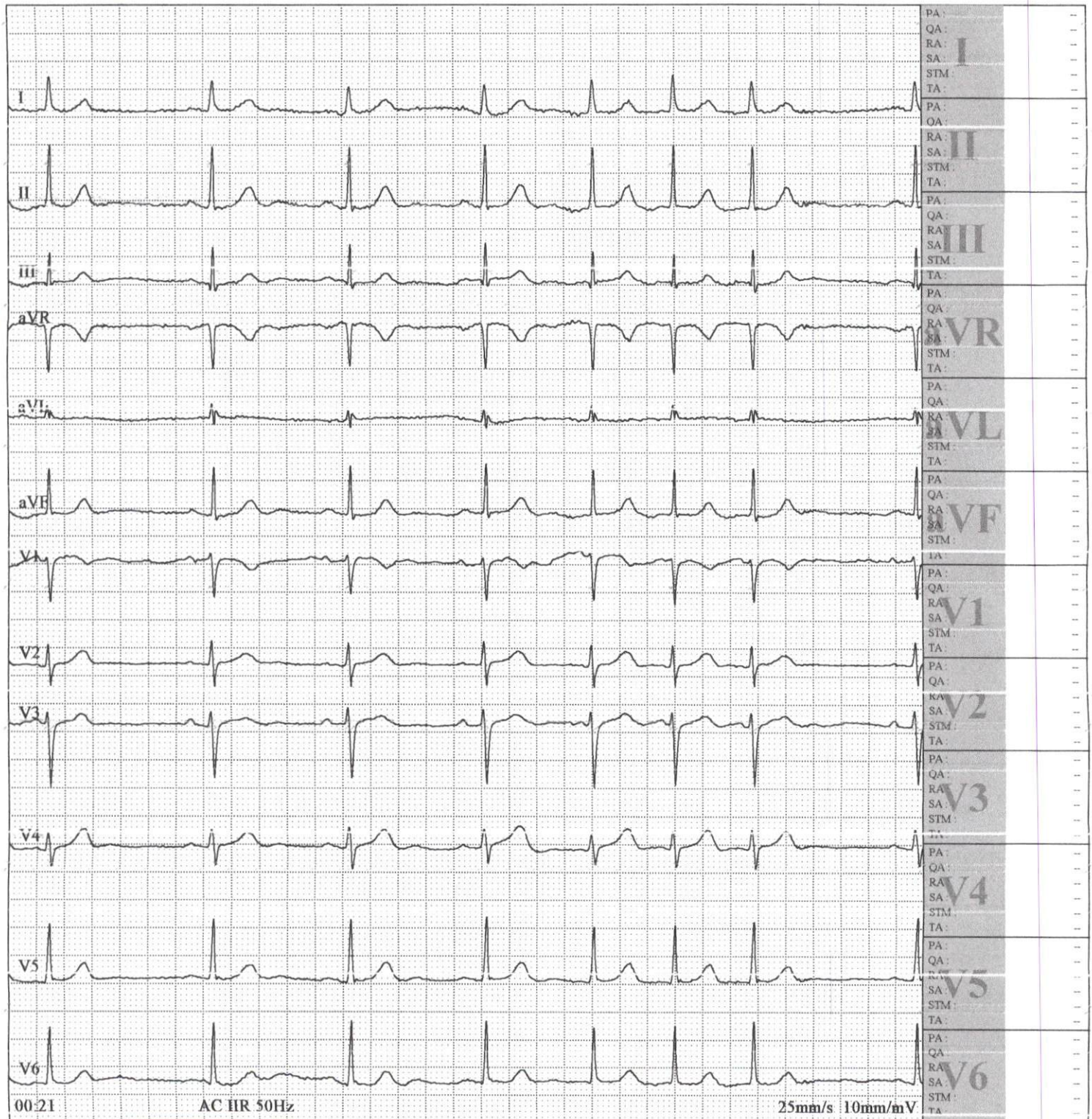
Section :

SN : 0012988

Case No. :

Bed No. :

Date : 20/12/2021



00:21

AC HR 50Hz

25mm/s 10mm/mV

Frequency:	1000Hz	PR Interval:	--	Prompt:
Sample Time:	33s	QT Interval:	--	
HR:	--	QTc Interval:	--	
P Interval:	--	P Axis:	--	
QRS Interval:	--	QRS Axis:	--	
T Interval:	--	T Axis:	--	
Physician Signature:				