

COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

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

- 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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0059175

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1418 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 106126
 Nom & Prénom : GHAMMATE MOHAMMAD
 Date de naissance : 28/12/1951
 Adresse : Box GYMER Rue 5 N°5 OASIS
 CASABLANCA
 Tél. : 0661419182 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 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 53 10 81
 Date de consultation : 27/01/2022
 Nom et prénom du malade : Ghammate Mohammadi Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : AEF paraoxys
 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 : 27/01/2022

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 27/01/22 | H. ECO | | 1000 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| | 27/01/22 | TS 2491200 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

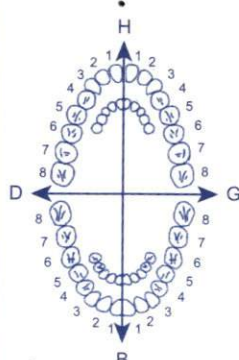
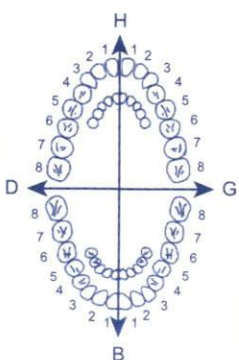
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le b

| 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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B | | Coefficient DES TRAVAUX | |
|  | [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



Centre Cardiologique
Interventionnel

ZOUBIDI MOHAMED ZINABIDIN
Professeur Agrégé
Coronarographie - Angioplastie - Stimulation Cardiaque

Date :

CASABLANCA LE 27/01/2022

PATIENT : MR GHAMMARTE MOHAMMADI

TRETEMENT DE 03 MOIS :

629×3
 188700
XARELTO 20 MG :



1 comprimé le soir

EXFORGE 10/160 MG :

10070×6
 604120
TOMBOCOR 100 MG :



1 comprimé le matin

1 comprimé le matin et so

TE 2491120



Pr. ZOUBIDI MOHAMED ZINABIDIN
Pr. Agrégé Cardiologie Interventionnelle
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
E-Mail : mz_zoubidi@yahoo.fr / mz_zoubidi@centrecardiologie.com

/ 6 53 73 19 51
liologie.com



Centre Cardiologique
Interventionnel

ZOUBIDI MOHAMED ZINABIDIN
Professeur Agrégé
Coronarographie - Angioplastie - Stimulation Cardiaque

Date :

CASABLANCA LE, 03/02/2022

FACTURE N° 0117/2022

NOM ET PRENOM : Mr GHAMMARTE MOHAMMADI

EXAMEN DU 27/01/2022

HOLTER ECG :1000 DHS

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

MILLE DIRHAMS.

INPE : 091026765

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

Hospital Name

Address

RAPPORT HOLTER ECG

Informations

Nom Patient: GHAMMARTE MOHAMMADI

ID: 1000000000

Age:

Né(e) le:

Sexe:

Adresse:

Indications:

Traitement:

Date début enr.: 01/27/2022 09:36

Enregistreur:

Pacemaker:

Médecin:

Demander par:

SOMMAIRE

| Général | | Fréquence Cardiaque | | Variabilité du RR | |
|----------------------------|------------|---------------------------------|--------------|-------------------------|-------|
| Durée(hh:mm): | 23:59 | FC Moyenne: | 52 | SDNN sur 24h: | 223 |
| Nbre total batts: | 78038 | FC Minimale: | 30/8:28 | Index SDNN: | 104 |
| Nbre Batt.Stimulé: | 0 | FC Maximale: | 141/16:28 | rMSSD: | 130 |
| Nbre total d'ESV: | 0 | FC Min.sur 1 Minute: | 40/3:32 | pNN50: | 16 |
| Nbre total d'ESSV: | 0 | FC Max.sur 1 Minute: | 112/14:05 | Triangle: | 41 |
| Bloc de branche: | 0 | Nbre batts en Tachy | (<1%)7 | HF: | 238.4 |
| Nbre Batt.Aberrant: | (1.9%)1465 | Nbre de batts en Brady | (34.9%)27217 | LF: | 293.7 |
| % total en FA/Flutter: | 0 | + Long R-R: | 1.6s/14:03 | VLF: | 832.1 |
| ExtraSystole Ventriculaire | | ExtraSystole Supraventriculaire | | Pause | |
| Nbre ESV Isolée(s): | 0 | Nbre ESSV isolée(s): | 0 | Pauses de plus de 2.0 s | 0 |
| Nbre de Doublet: | 0 | Nbre de Doublet: | 0 | Pause la + Longue: | 0 |
| Nbre de Bigeminismes: | 0 | Nbre de Bigeminisme: | 0 | QT | |
| Nbre de Trigemismes: | 0 | Nbre de Trigemisme: | 0 | QT Max.: | 492 |
| Nbre de Salve: | 0 | Nbre de salve: | 0 | QTc Max.: | 515 |
| Salve V + Longue: | 0 | Salve la + longue: | 0 | QT Moyen: | 413 |
| Salve la + rapide: | - | Salve la + rapide: | - | QTc Moyen: | 390 |
| Salve la + lente: | - | Durée en FA/Flutter: | 0 | | |
| | | ST1 | ST2 | ST3 | |
| Total ST minutes: | | 1.1 | 1.1 | 70.1 | |
| Maximum ST depression: | | 0 | 0 | 0 | |
| Maximum ST elevation: | | 2.3mm/20:43 | 3.6mm/10:33 | 3.2mm/11:10 | |

Conclusions

- Rythme sinusal permanent
- Absence d'extrasystoles
- Absence d'arythmie

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

Signature: _____