

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

N° W21-655520

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6400 Société : RAM

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre**

Nom & Prénom : ZADI MOHAMMED

Date de naissance : 09-05-1964

Adresse : 10, RUE AIN EL ATI, RES. NASSIM RACINE CASA

Tél. : 0664414985 Total des frais engagés : 1500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/06/2022

Nom et prénom du malade : Zadi Mohamed

Lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie : Hypertension

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 : Casa

Le : 17/06/22

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
13/04	Don	1500		INP : 091130922

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 Particien	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 bilan de l'ODF.																		
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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														



IBN ROCHD
الدار البيضاء

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

المملكة المغربية
وزارة الصحة
المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء



BILLET D'EXAMEN

Date : 10/06/2022

Prénoms - Nom du malade : Mohamed Zadi

Service : N° d'admission :

Reenseignements Cliniques	Résultat d'Examen
<p>Age = 58 ans Absols = HTA (+) Diabète (+) Patient se présente pour AVCI du territoire vertébro-basilaire thrombolysé à H2 Faire SVP un Holter ECG</p>	

Le médecin traitant

Dr. HELLAL Nada

Médecin Interne
CHU Ibn Rochd - Casablanca

de 48h

Tél. : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30

Fax : 05 22 29 94 83

Docteur Saâd SOULAMI

Professeur de Cardiologie

Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Echo Doppler Couleur - Holter



الدكتور سعد السلمي

أستاذ سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

إختصاصي في أمراض القلب و الاوعية الدموية

خريج كلية الطب بباريس

فحص القلب بالصدى و الدوبلير بالالوان

Patient :

Mr. Mohamed El Khatib

Casablanca, le

13/05/2012

Attestation de

Holter ECG of 48H

1500 DH

Dr. Saad Soulami



د. سعد السلمي (قرب زنقة أكادير) - الدار البيضاء

356, Rue Mostafa El Maâni (coté Rue d'Agadir) - 1^{er} étage - Casablanca - E-mail: casinetsoulami@gmail.com

Tél.: 05 22 22 18 84 / **06 62 88 90 91** - Tél./Fax: 05 22 26 13 36 - **Urgence: 06 65 14 69 96**

CNSS: 2700608 - IF: 41802254 - ICE: 001755076000067 - IPN: 091130922

DR. SOULAMI SAAD

Holter Scanning Department
Memorial Hospital
555-4HOLTER

Information Patient

Nom: **ZADI, MOHAMMED BEN ABDELKEBIR**

ID #: **D136/2022** Identifications:

Date de Nais.: **09/05/1964** Age: **58** Sexe: **Homme**

Médecin: **DR SOULAMI SAAD**

Indications:

Médications:

Lu par: Posé par:

Date Enreg.: **12/06/2022 09:26:44**

Date Lecture: **13/06/2022**

Lecture N.: **1222**

Enregist: **H3Plus3.00Chan2Chan3Chan1**

Enregist.No.: **0139**

Paramètres d'Analyse

Prématurité ESSV: **25 %**

Élévation ST: **200 µV**

Dépression ST: **100 µV**

Pause: **2000 msec**

Pause/RR long: **Tous les Cpxes**

Calcul FC hors Pause: **Non**

Tachycardie: **120 BPM**

Bradycardie: **50 BPM**

Tachy/Brady Minimum: **3 min, 0 sec**

Résultats

Total QRS: **186712**

Durée d'enregistrement: **47 hr, 52 min**

Données Analysées: **47 hr, 52 min**

Fréquence:

F.C. Min: **11** à **13:53:43/2**

F.C. Max: **132** à **21:43:21/2**

F.C. Moy: **65**

Episodes Tachycardie/Bradycardie:

Tachycardie la plus Longue:

Tachycardie la plus rapide:

Bradycardie la plus longue:

Bradycardie la plus lente:

Extrasystoles supraventriculaires:

F.A. (Durée)/ Freq. Moy. Max.: **(0%) / 0 BPM**

Isolées: **135**

Couplets: **131**

Salve: **34**

Edition Rapide: **273 BPM à 05:52:00/1**

Salve la Plus Longue: **13 à 13:53:52/2**

Total: **561**

Extrasystoles ventriculaires:

Isolées: **234**

Couplets: **11**

Salve: **7**

Edition Rapide: **77 BPM à 23:00:41/1**

Salve la Plus Longue: **11 à 23:00:41/1**

R en T: **8**

Total: **299**

Variabilité RR: **1 2**

%RR>50: **11 9%**

rms-SD: **53 101 ms**

Magid SD: **55 70 ms**

Kleiger SD: **90 112 ms**

Variation ST:

Sous-décalage Max (µV):

Sus-décalage Max (µV):

II/Heure:

-250 / 02:21:44/2

/

V/Heure:

-250 / 02:21:44/2

187 / 05:36:44/1

Pauses:

Plus Long RR: **7,56 sec à 13:53:46/2**

RRs > 2,0 sec: **99**

Commentaire:

COMPTE RENDU DU HOLTER RYTHMIQUE

Date : **13/06/2022**

La durée de l'enregistrement analysé est de 48 H :

• ☐ Il n'existe pas d'extrasystoles ventriculaires

Il n'a pas été noté de doublets ou de triplets, ni d'épisodes de TV.

• ☐ Il a été noté de rares extrasystoles supra ventriculaires, mais pas d'ACFA, ni de TSV.

• ☐ Pas de troubles conductifs auriculo-ventriculaires ni ventriculaires.

• ☐ épisodes de tachycardie sinusale

A TOTAL : Holter rythmique des 24 H dans les limites de la normale , ne révélant pas de troubles rythmiques ni conductifs paroxystiques mais des ESA isolés rares et de couplage lent . pas de ACFA

Pr. Saâd

Dr Saâd SOULAMI
Spécialiste de Cardiologie
350, Rue Mostafa El Maani
Alg. 18.84/26.13.36 - CASA
Revisité au moyen de ver. 4.33.12