

# 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

M22- 0034747

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1837 Société : 135228

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KASHAT Abdelhaq

Date de naissance : 15.08.1947

Adresse :

Tél. : 0656935584 Total des frais engagés : .....Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 1947

Nom et prénom du malade : KASHAT Abdelhaq Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Hémiparésie

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 :

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
28.10.2022		2		BENCHEROUNI CARDIOLOGUE Résident à Beni Mellal Tél : 06 26 08 06 - Cas

# 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
	28.10.2022		1000.00

# 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 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             H              25533412 21433552              00000000 00000000              D ————— G              00000000 00000000              35533411 11433553              B           </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			
				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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DE LA FACULTÉ DE MEDECINE DE TOULOUSE

## CARDIOLOGUE

DIPLOME D'ETUDES SPÉCIALES  
DE CARDIOLOGIE

## Maladies du Cœur et des Vaisseaux

## SUR RENDEZ-VOUS



الدكتور بن شقرون ادريس

خريج كلية الطب بتولوز

## اختصاصي في أمراض القلب

والشرایین

**بالميعاد**

Casablanca, le 28.10.2021 الدار البيضاء في

7- KUTUBAT Abdelhay

Épreuve d'effort

Pre condalging

HGA



Uncteur BENCHEKROUN Uniss  
CARDIOLOGUE  
Résidence BENOMAR  
Rue Ibn Nafis - Méditerranée  
Tél. : 26.08.06 - Casablanca

إقامة بن عمر - زنقة بن النفيس عمارة ب - المعاريف - الدار البيضاء

RÉSIDENTE BEN OMAR - RUE IBN NAFISS - IMMEUBLE «B» - MÂARIF - CASABLANCA

TÉL. : 05.22.25.06.06 / 05.22.23.22.67 - FAX : 05.22.23.22.67 - URGENCE : 06.61.14.46.25

Email : [benchekroundriss@hotmail.com](mailto:benchekroundriss@hotmail.com)



ABDELHAQ KAGHAT  
28/10/2022 09:46

PAGE RESUMEE  
Mesure ST basée sur J+60ms

Protocole: BRUCE  
Durée d'ex.: 05:19

Patient Data

Nom: ABDELHAQ KAGHAT  
ID: ID(2):  
DDN: 15/08/1947 Age: 75  
Sexe: Masc Race:  
Taille: cm Poids: kg

Max Valeurs:

Vit.: 4.0 km/h FC: 131 BPM % cible: 90%  
Pente: 12.0% PAS: 188/92 mmHg 06:10 FC\*PA 22372  
METs: 6.5 PAD: 178/98 mmHg 09:30  
Elév. PrtStr\_ST: 1.7 mm en aVR à 05:10  
Baisse ST: -2.6 mm en II à 05:10

Diagnosis:

Diagnosis 1:

Diagnosis 2:

Procedure 1:

Procedure 2:

Procedure 3:

Conclusions

EPREUVE D EFFORT QUASI MAXIMALE ( 90% FMT) POSITIVE  
AU 2E PALIER SOUS DECALAGE SIGNIFICATIF PERSISTANT DU SEGMENT ST DANS LE  
TERRITOIRE INFEROLATERAL  
EXTRASYSTOLIE VENTRICULAIRE SIGNIFICATIVE DES LE DEBUT DE L EFFORT PERSISTANT EN  
PHASE DE RECUPERATION  
INDICATION D UNE CORONAROGRAPHIE

RECAP p PALIER

NIV. ST (mm)

		Vit. (km/h)	Pente (%)	FC (BPM)	PA (mmHg)	METs	FC*PA	I	II	III	aVR	aVL	aVF	V1	V2	V3	V4	V5	V6
DEBUT EXE	EXE 00:00	1.8	0.0	91	135/89	1.9	10665	-0.2	-0.4	-0.2	0.2	-0.1	-0.3	0.8	0.9	0.6	0.3	0.0	0.0
PALIER1	EXE 03:00	2.8	10.0	120	184/88	4.8	21712	-0.5	-1.4	-0.9	0.8	0.2	-1.1	0.8	0.6	0.4	0.0	-0.5	-0.8
PIC EXE	EXE 05:19	4.0	12.0	131		6.4		-1.1	-2.6	-1.6	1.7	0.2	-2.1	0.9	0.3	0.2	-0.5	-1.1	-1.4
RECUP.	RECUP 01:01	2.7	0.0	111	188/92	5.5	22372	-0.7	-1.7	-1.1	1.1	0.2	-1.4	1.1	0.5	0.5	0.0	-0.6	-0.9
RECUP.	RECUP 03:01	2.7	0.0	114	179/93	2.3	20048	-0.7	-1.6	-0.9	1.1	0.0	-1.3	0.9	0.3	0.2	-0.3	-0.7	-0.9
FIN RECUP	RECUP 04:12	2.7	0.0	113	178/98	2.3	20292	-1.0	-1.8	-0.8	1.3	-0.1	-1.3	1.2	0.4	0.4	-0.1	-0.6	-0.9

Raisons de fin de test:

Reviewing Physician: Referring Physician: DR BENCHEKROUNR DRISS



## CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Patient : M. KAGHAT ABDELHAQ

Séjour : Du 28/10/2022 au 28/10/2022

## FACTURE

202203645

Du : 28/10/2022

Etablie par : B. Fatimazahra

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
EPREUVE D'EFFORT	1	1 000,00	1 000,00
<b>TOTAL CLINIQUE</b>			<b>1 000,00</b>

### Encaissement Compte d'Autrui

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
TOTAL AUTRUI			0,00

**Ventes en exonération de la TVA suivant l'article n°91-VI-1° du C.G.I**

Arretée la presente facture à la somme de MILLE DIRHAMS

	Patient
Total TTC	1 000,00

