

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

- 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° M21- 0020884

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3053

Société : R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : M.R. Zakaria

Date de naissance : 23-03-1958

Adresse : Val Fenni Nechoua KARIM 2 N°76

Rue Albert Samain Maarif Casa

Tél. : 0618856527 Total des frais engagés : 1704,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/12/2022

Nom et prénom du malade : M.R. Zakaria

Age : 64

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA Supérieur 20/90

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 : 04/01/2023


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
23.12.2022	SAKX		4000	
26.12.2022	FCG			


EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/12/22	204,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

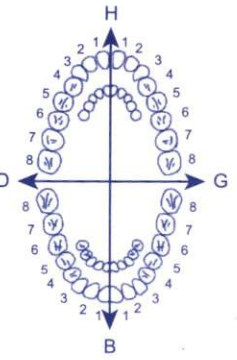
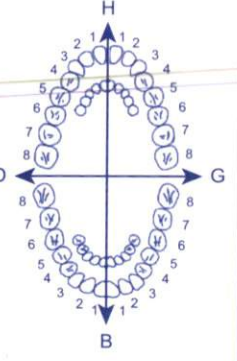
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	26/12/2022					10000

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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H	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

**CENTRE
CARDIOLOGIQUE
CASA-ANFA**



**مركز
أمراض القلب
البيضاء أنفا**

Casablanca le

26/12/2022

H. HUK Zatar

Cardensiel 25mg



50,70 dh

1 q le matin

1 q le soir

TR 05/11/22

**PHARMACIE EL HILAL
LAABOUDI Selwa**
77, Rue Mohamed El Moctar
Cité Pêcheurs - Casablanca
Tél: 0522 25 96 06 - I.C.E. 001513239



304,20.

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

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

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

CENTRE
CARDIOLOGIQUE
CASA-ANFA



مركز
أمراض القلب
البيضاء أنفا

Casablanca le

26/12/2022

Dr. Saad SOULAMI
Professeur de Cardiologie
356, Rue Mostafa El Moani
Tél: 05 22 94 39 33
Fax: 05 22 94 30 22

Dr. Adh Agha. mior

Suspicion d'angor

En suite d'effort



Dr. Saad SOULAMI
Professeur de Cardiologie
356, Rue Mostafa El Moani
Tél: 05 22 94 39 33
Fax: 05 22 94 30 22

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

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



DATE D'EXAMEN 26/12/2022

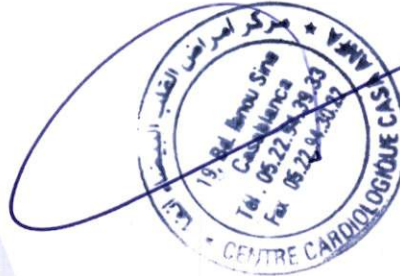
FACTURE N :155/2022

MEDECIN TRAITANT : DR SAAD SOULAMI

NOM ET PRENOM : MIR ZAKARIA

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

CENTRE CARDIOLOGIQUE ASA-ANFA
19, Bd. Ibnou Sina
CASABLANCA

Salle
Téléphone :

RAPPORT D'EPREUVES D'EFFORT

Nom du patient: MIR, ZAKARIA
ID du patient: 26122022DR SAAD SOULAMI
Taille:
Poids:

Date naissance: 01.01.1958
Age: 64A.
Sexe: masculin
Race:

Date d'étude: 26.12.2022
Type d'épreuve: --
Protocole: BRUCE

Médecin référant: Dr SAAD SOULAMI
Médecin traitant: Dr SAAD SOULAMI
Technicien: ZAHIRA

Médicaments:
--

Antécédents médicaux:
--

Motif de l'épreuve:
--

Sommaire des épreuves d'effort

Phase	Palier	Durée pal.	Vitesse (km/h)	Pente (%)	FC (/min)	TA (mmHg)	Commentaire
PRETEST	ECG REPOS	05:14	0.00	0.00	92		
EFFORT	PALIER 1	01:19	2.70	10.00	109		
	PALIER 2	02:00	4.00	12.00	136		
	PALIER 3	01:01	5.50	14.00	150		
RECUP.		03:22	0.00	0.00	99		

Le patient a exécuté l'effort conformément au BRUCE pendant 4:18 min:s, parvenant à un niveau de travail de METS max.: 10.20. La fréquence cardiaque de repos initiale 92 /min est passée à une fréquence cardiaque max. de 162 /min ce qui représente 103 % de la fréquence maximale basée sur l'âge. La pression sanguine de repos --/-- mmHg est passée à une pression sanguine max. de --/-- mmHg. L'épreuve d'effort a été interrompue en raison de Fatigue, Fréquence cardiaque cible atteinte.

Interprétation

Résumé: Resting ECG: normale.
Functional Capacity: normale.
HR Response to Exercise: Normal.
BP Response to Exercise: Normale au repos - réponse normale.
Chest Pain: aucune.
Arrhythmias: Aucune.
ST Changes: aucune.
Overall impression: Epreuve d'effort normale.

Dr. Saâd SOULAMI
Professeur de Cardiologie
356, Rue Mostafa El Maâni
Tél: 0522.22.18.84/26.13.36 - CASA

Conclusions

EE MAXIMALE NEGATIVE CLINIQUEMENT ET ELECTRIQUEMENT A 100% DE L AFMT . PAS DE ARYTHMIES ET RECUPERATION NORMALE
DR SOULAMI SAAD

Médecin _____ Technicien _____

MIR, ZAKARIA

N° patient 26122022DR SAAD SOULAMI

26.12.2022 masculin

19:53:13 64A.

Méd.:

Motif du test :

Historique médical:

Médecin Référent: Dr SAAD SOULAMI Médecin Prescripteur: Dr SAAD

Infirmière: ZAHIRA Type d'épreuve:

Commentaire:

Sommaire tabulaire

CENTRE CARDIOLOGIQUE CASA-ANFA

BRUCE: au total Durée de charge 04:18

FC max.: 162 /min 103% de max. calculée 156 /min FC au repos: 92

Travail max.: 10.20 METS

ST max.: -0.12 mV, 0.00 mV/s en V6; EFFORT PALIER 3 03:29

Arythmie: A:24, BIGV:2, ESV:30, ESSV:3, TACV:1, SALVE:2, DOUBL:3

Index ST/FC: 1.12 μ V*minPente ST/FC: 1.05 μ V*min (V6)

Réserve FC utilisée: 90 %

Récupération FC: 20 /min

Fréq. récup. ESV: 0 ESV/min

Hystérésis ST/FC: 0.023 mV (I)

Durée QRS: REPOS: 84 ms, Charge maxi.: 78 ms, RECUP.: 86 ms

Critères d'arrêt: Fatigue, Fréquence cardiaque cible atteinte**Résumé:** Resting ECG: normale. Functional Capacity: normale. HR Response to

Exercise: Normal. BP Response to Exercise: Normale au repos - réponse normale.

Chest Pain: aucune. Arrhythmias: Aucune. ST Changes: aucune. Overall impression:

Epreuve d'effort normale.

Conclusion: EE MAXIMALE NEGATIVE CLINIQUEMENT ET

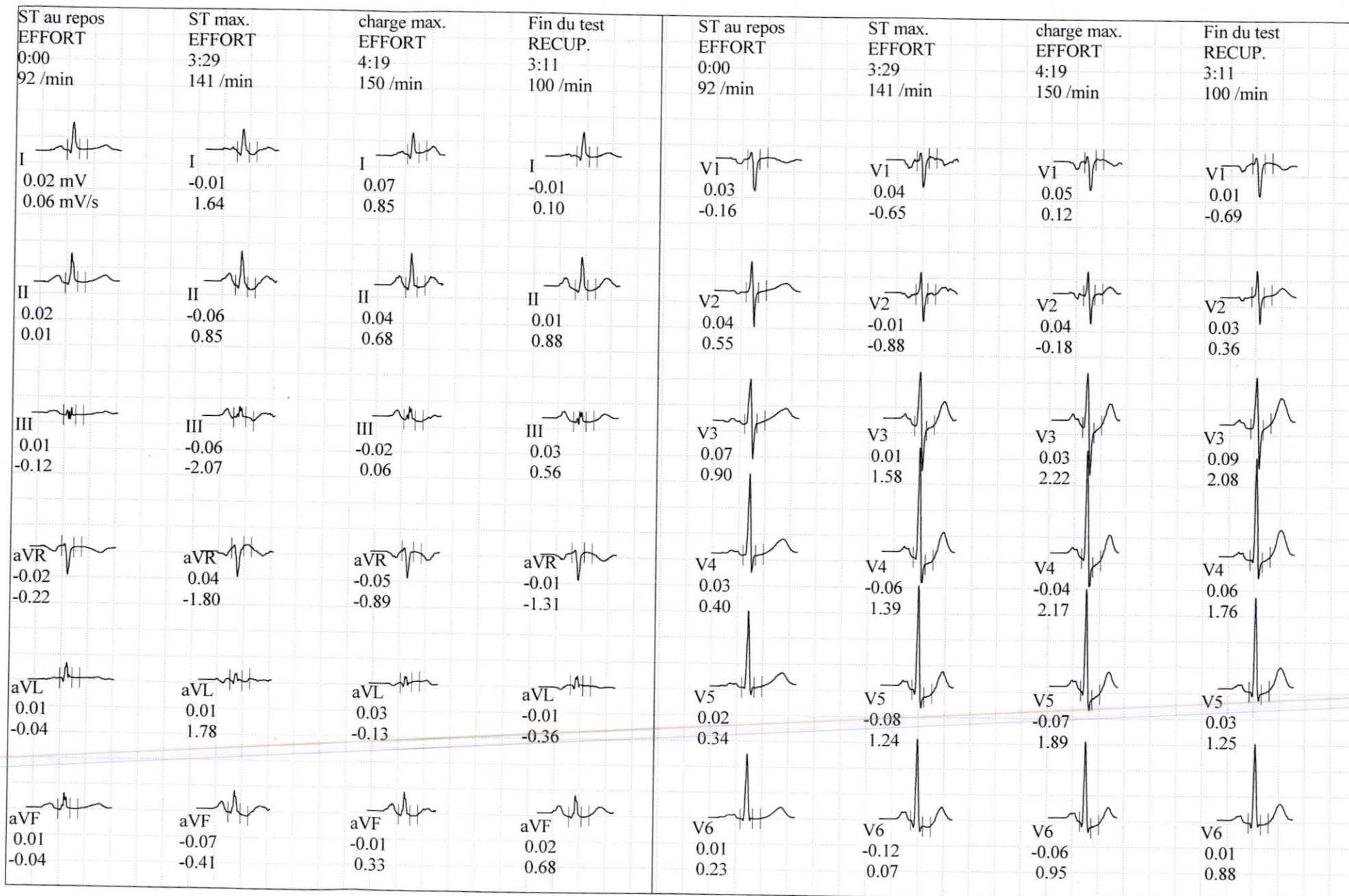
ELECTRIQUEMENT A 100% DE L AFMT . PAS DE ARYTHMIES ET

RECUPERATION NORMALE

DR SOULAMI SAAD

:

Phase	Palier	Durée pal.	Vitesse (km/h)	Pente (%)	Charge (Mets)	FC (/min)	TA (mmHg)	FCxTA (mmHg*bpm)	ESV (/min)	Ampl. ST (V6 mV)	Commentaire
PRETEST	ECG REPOS	05:14	0.00	0.00	1.0	92			1	0.00	
EFFORT	PALIER 1	01:19	2.70	10.00	4.6	109			16	0.00	
	PALIER 2	02:00	4.00	12.00	7.0	136			0	-0.04	
	PALIER 3	01:01	5.50	14.00	10.2	150			0	-0.06	
RECUP.		03:22	0.00	0.00	1.0	99			0	0.01	



Last: MIR
First: ZAKARIA
ID:
DOB:
Age: 0yr
Sex:

Handwritten signature

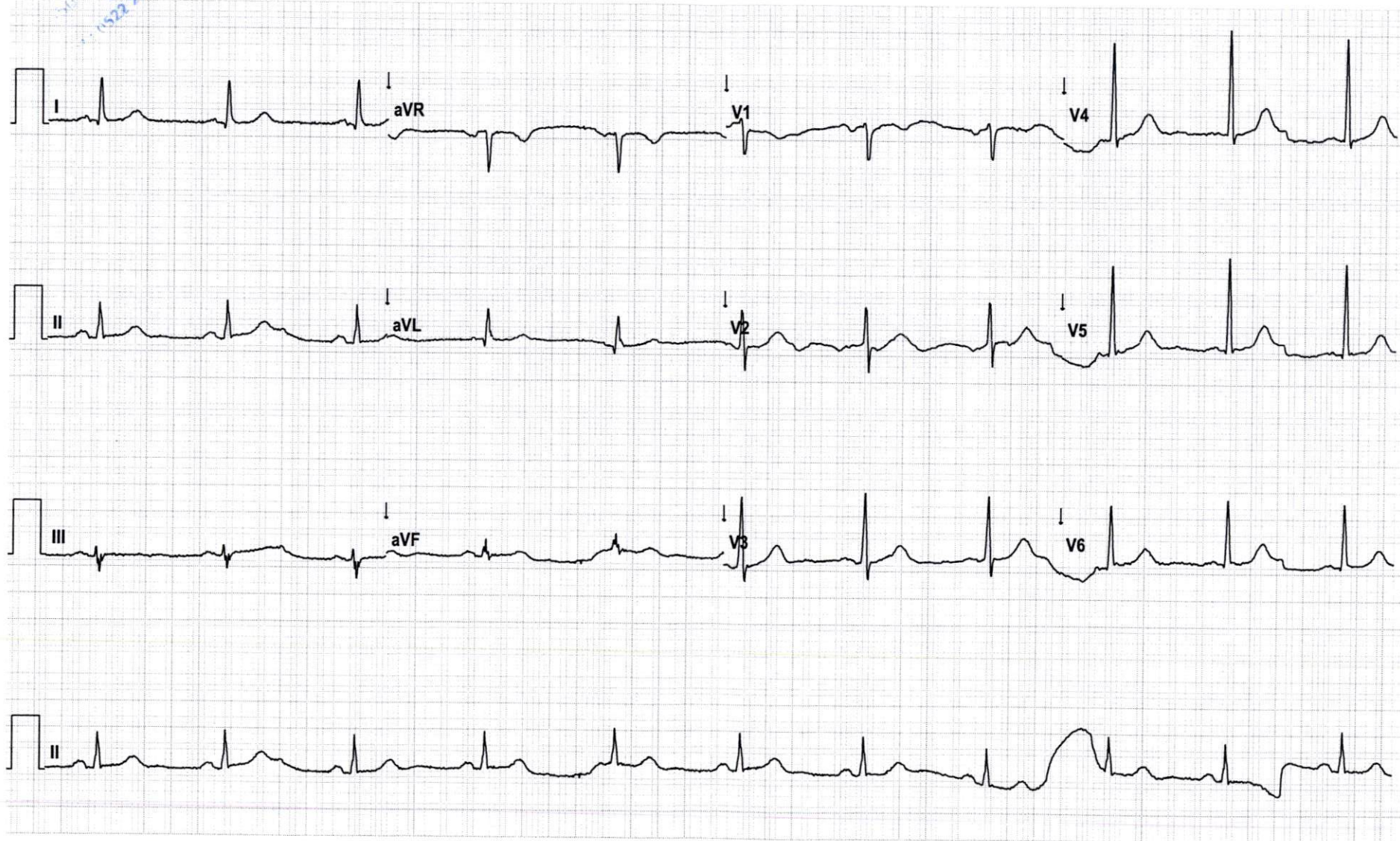
Stamp: Service de Cardiologie, Hôpital Mohammed VI, CASABLANCA, 0522 22 18 84 / 0522 26 12 26

23-Dec-2022 08:00:18

Vent rate: 64 BPM
PR int: 155 ms
QRS dur: 81 ms
QT/QTc: 395 / 405 ms
P-R-T axes: 61 23 25

RYTHME SINUSAL
POSSIBLE HYPERTROPHIE AURICULAIRE GAUCHE
ECG SUBNORMAL

Revu par _____



Site Zero

Site # 0 Cart # 0 ELI Link 4.11.6.0 Sequence # 60206 25mm/s 10mm/mV 0.05-300 Hz