

# 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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.

M23-0019142

**193658**  Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **02275**

Société : **Royal air maroc**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **SARAH EL JUSTAPHA**

Date de naissance : **01/01/1952**

Adresse : **Lot ATTADAMOUNE Rue 6 n° 6A oufia**

**CASABLANCA**

Tél. : **064934 2252  
0522 89 47 82**

Total des frais engagés : **1141,10 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

**DR. RENCHAOURINE Driss**  
**Cardiologue - Rythmologue**  
**193, Bd Oum Rabbi Ouma - Casablanca**  
**Tel. 05 22 90 80 20 - 07 77 04 78 683**

Cachet du médecin :

Date de consultation : **03/01/2014**

Nom et prénom du malade : **OMARA ESSADI AZIZA** Age : **62**

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **ANCOR + Hypertension artérielle + Varices**

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : **Pathologie**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

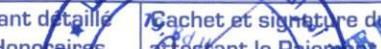
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : **Casablanca**

Le : **03/01/2014**

Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVE 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
23/01/96	Opérations d'effets	Docteur	80000	 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
STÉ PHARMACEUTIQUE HAMZI	03/01/24	341,10
IPE:092030261		



Casablanca le 3 / 11 / 24

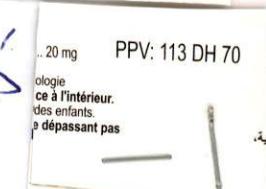
N-e anana Ep. Sādī Ajīga

Principles & Tools

342.20

Leptij

X 3 hours



## المستعجلات Urgence 24h/24h

19, Bd Ibnou Sina - Casablanca Tél: 05 22 94 39 33 (L.G) - Fax: 05 22 94 30 22

[www.cardiocasaanfa.com](http://www.cardiocasaanfa.com) - Email. [contact@cardiocasaanfa.com](mailto:contact@cardiocasaanfa.com) - I.C.E. : 00174295700002

Patente: 35806678 - I.F: 1004548 - C.N.S.S.: 6021589 BMCI - Agence Mohammed V - RIB: 013 780 01 104 01384700132 48

١٩ - شارع ابن سينا، الدار البيضاء الهاتف: ٠٥٢٢٩٤٣٩٣٣ - الفاكس: ٠٥٢٢٩٤٣٠٢٢

بيانات - ت: ٣٥٨٠٦٦٧٨ - ج: ١٠٠٤٥٤٨ - ص: ٦٢١٥٩٦ - التعريف البنكي: ٤٨١٣٢٠١٣٥٧٠١١٠٤٠١٣٨٤٧٠٠١٣٢٤٨٠١٣٥٣

# Dr Driss BENCHAKROUNE

Cardiologue - Rythmologue

Diplomé de la faculté de médecine de Rabat

Diplômé en rythmologie de l'université de Bordeaux

Ancien médecin des hôpitaux de Bruxelles

Ancien médecin de l'hôpital militaire de Rabat

# دكتور بنشررون ادريس

متخصص في أمراض القلب والشرايين

متخصص في اضطرابات نبضات القلب

خريج كلية الطب بالرباط و بوردو (فرنسا)

طبيب سابق بمستشفيات بروكسل (بلجيكا)

طبيب سابق بالمستشفى العسكري (بالرباط)

## CABINET DE CONSULTATIONS ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Electrocardiogramme

Echographie cardiaque  
trans-thoracique

18/12/2023

**Mme OMARA AZIZA Ep Saadi**

Echographie cardiaque  
trans-oesophagienne

Echographie doppler  
vasculaire

Holter rythmique

Holter tensionnel

Epreuve d'effort

Rythmologie diagnostique  
et interventionnelle

Implantation de pacemaker

Implantation de  
défibrillateur

Electrophysiologie  
endocavitaire

Exploration des troubles  
du rythme cardiaque  
et palpitations

### **EPREUVE D'EFFORT**

TR

RDV pour Epreuve d'Effort avec Dr BENCHAKROUNE DRISS

Le ..... 03/01/2024 à ..... AM .....

Clinique ROMANDIE CASA ANFA

19, bd Ibnou Sina – Casablanca – 05 22 94 39 33

**Prière de se présenter muni de chaussures et vêtements de sport.**



193, bd Oum Rabii - 2ème étage - Oulfa - Casablanca

شارع أم الربيع - ولفا - البيضاء

(au dessus laboratoire ORBIO - Face Lydec )

Tel : 05 22 90 80 20

Portable/WhatsApp : 07 77 04 78 68

06 61 29 13 24

Email : driss.benchakroune@gmail.com





**DATE D'EXAMEN : 03/01/2024**

**FACTURE N° 524/23**

**MEDECIN TRAITANT : DR BENCHEKROUNE DRISS  
NOM ET PRENOM : MME OMARA AZIZA EP SAADI**

DESIGNATION	NOMBRE	UNITAIRE	TOTAL
EPREUVE D'EFFORT	1	800,00	800,00
<b>TOTAL GENERAL</b>			<b>800,00</b>

**ARRETEE LA SOMME DE LA FACTURE DE :  
HUIT CENT DIRHAMS ./.**



**المستعجلات 24h/24h**

**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**

**05 22 94 30 22 - الفاكس: 05 22 94 39 33 - شارع ابن سينا. الدار البيضاء الهاتف:**

**بنائنا: 35806678 - ت ج: 1004548 - ص وض ج: 6021589 التعريف البنكي : 48 013 780 01104 01384700132 48**

Nom: **Omara Ep Saadi Aziza**  
 No ID: **OMARA EP SAADI**

Cas n°: **03012024**

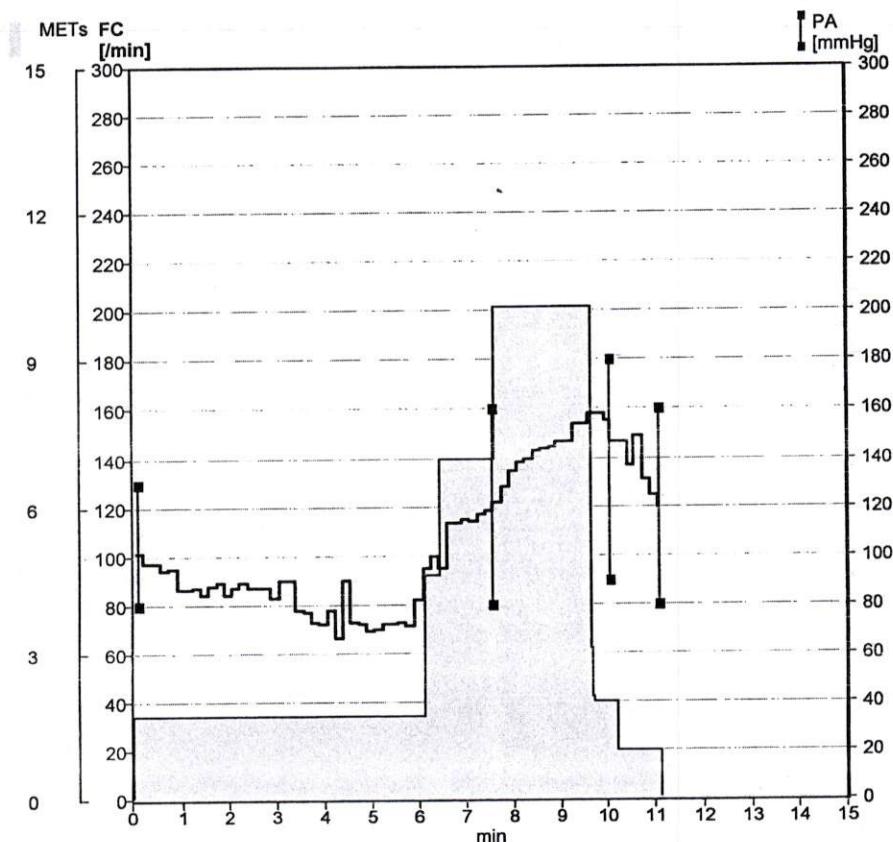
Né: 01.01.1962  
 Age: 62 A  
 Sexe: F  
 Taille: -- cm  
 Poids: -- kg  
 Indic: DRISS, Dr D BENCHAKROUNE  
 Med:

METs max 10,1 (-) METs  
 FC max: 158 (158) /min (100) %  
 PA max: 180 / 90 mmHg  
 PA \* FC max 195 mmHg / min  
 Min. BP x HR 127 mmHg / min  
 DP-Factor 1,5  
 Surface corporelle -- m<sup>2</sup>

Critère d'arrêt:

Rem:

Protocole: BRUCE  
 Ergo / PA: Schiller Intertrack 8100T / -



Rest time	6:05	Durée effort	3:33	Durée récupération	1:30	Durée totale	11:08
-----------	------	--------------	------	--------------------	------	--------------	-------

**Interprétation**

EPREUVE D EFFORT MENEE A 100 % DE LA FREQUENCE MAXIMALE THEORIQUE  
 AU PALIER 3 DU PROTOCOLE DE BRUCE  
 SUSPECTE CLINIQUEMENT ET ELECTRIQUEMENT  
 ESV A L EFFORT MAX + SALVE DE TVNS

A COMPLETER PAR UNE CORONAROGRAPHIE

DR DRISS BENCHAKROUNE  
 CARDIOLOGUE RYTHMOLOGUE  
 Valide

/ 03.01.2024 10:58:04

SDS-200 2.70.1

-- Composante Totale --

(CS-200 1.62 5.61 2.70.1)

Page 1

Nom: **Omara Ep Saadi Aziza**  
 No ID: **OMARA EP SAADI**

Cas n°: **03012024**

Critère d'arrêt:

Rest time 6:05  
 Durée effort 3:33  
 Durée récupération 1:30  
 Durée totale 11:08

Indic: DRISS, Dr D BENCHAKROUNE

METs max 10,1 (-) METs (-) %  
 FC max: 158 (158) /min (100) %  
 PA max: 180 / 90 mmHg  
 PA \* FC max 195 mmHg / min  
 Min. BP x HR 127 mmHg / min  
 DP-Factor 1,5

Protocole: BRUCE

Ergo / PA: Schiller Intertrack 8100T / -

**Protocole Paliers****ST@J +60ms**

	Temps mm:ss	METs	Vitesse [km/h]	Elévation [%]	FC [/min]	PA [mmHg]	ST V5 [mm]	P	Y	D	B	R	ES
Pré	6:05	1,7	1,5	0,0	98	130/80	-0.0	0	0	0	0	0	-
Charge1	0:20	4,6	2,7	10,0	98	-	0.4	0	0	0	0	0	-
Charge2	1:30	7,0	4,0	12,0	122	160/80	0.4	0	0	0	0	0	-
Charge3	3:33	10,1	5,4	14,0	159	-	-0.6	0	0	0	0	0	-
STMax	0:08	2,0	2,0	0,0	158	-	-1.0	0	0	0	0	0	-
Réc	1:00	1,0	0,0	0,0	134	180/90	0.4	0	0	0	0	0	-
Fin	1:30	1,0	0,0	0,0	119	160/80	0.7	0	0	0	0	0	-

Nom: **Omara Ep Saadi Aziza**  
 Nom ID: **OMARA EP SAADI**

Cas n°:

**03012024**

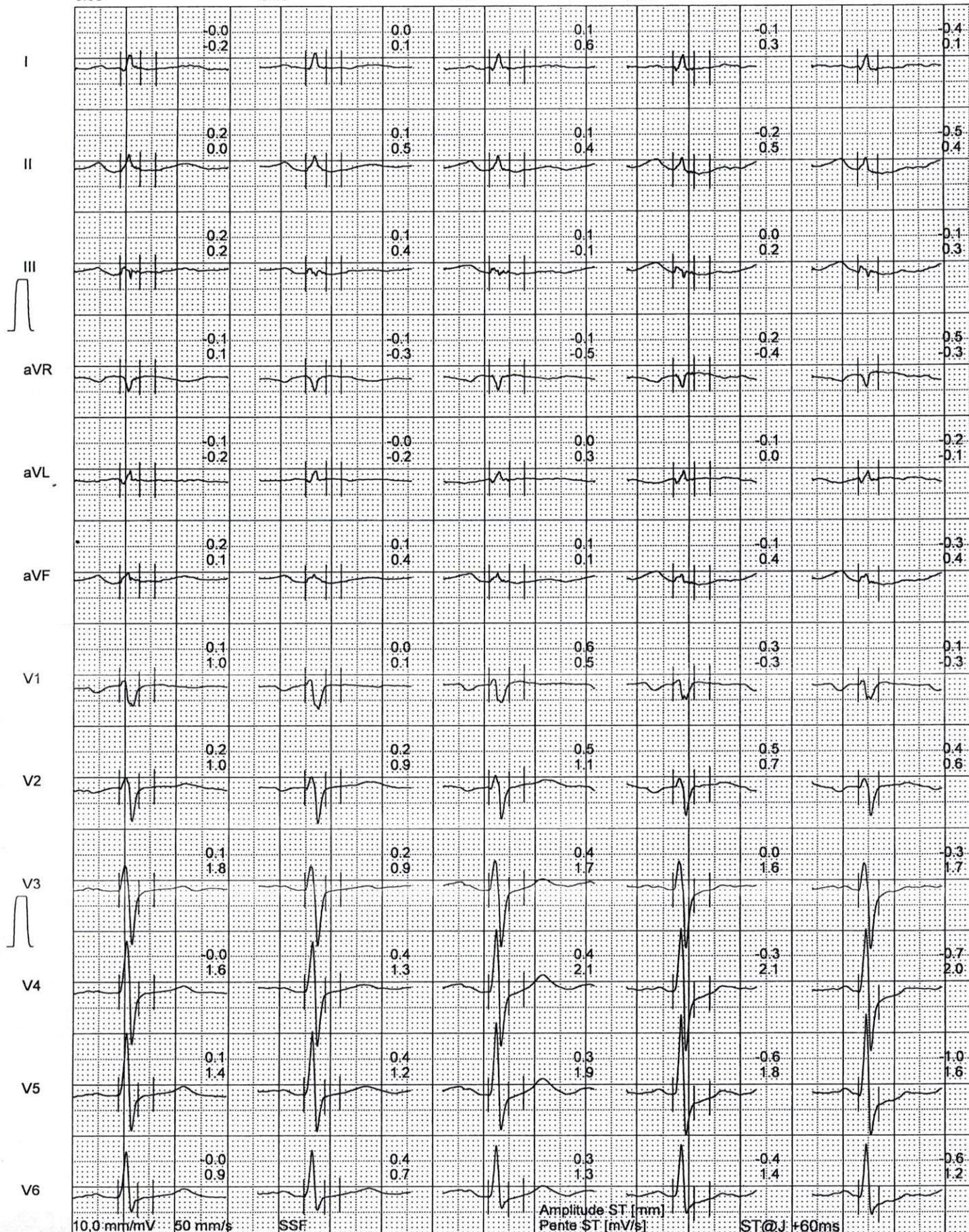
Pré  
98 /min  
1,7 Mts  
130/80 mmHg  
6:05

Charge1  
98 /min  
4,6 Mts  
/- mmHg  
0:20

Charge2  
122 /min  
7,0 Mts  
160/80 mmHg  
1:30

Charge3  
159 /min  
10,1 Mts  
/- mmHg  
3:33

STMax/Réc  
158 /min  
2,0 Mts  
/- mmHg  
0:08



Nom: **Omara Ep Saadi Aziza**  
 No ID: **OMARA EP SAADI**

Cas n°:

**03012024**

Réc  
 134 /min  
 1,0 Mts  
 180/90 mmHg  
 1:00

Fin  
 119 /min  
 1,0 Mts  
 160/80 mmHg  
 1:30

