

# 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 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M23-0019142

193658

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02275 Société : Royal Air Maroc  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : SAADI Elustapha  
 Date de naissance : 01/10/1952  
 Adresse : Lot ATTADAMOUNE Rue 6 n° 6A OULFA CASABLANCA  
 Tél. : 06 4934 2752 05 22 89 4782 Total des frais engagés : 11 411,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. RENCHARTOUNE Driss**  
Cardiologue - Rythmologue  
193, Bd Oum Rabii Oudja - Casablanca  
Tél. : 05 22 98 80 20 - 07 77 04 78 681

Date de consultation : 03.01.2024  
 Nom et prénom du malade : OMARA EP SAADI AZIZA Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : ANCOR + Insuffisance cardiaque + VARIÉTÉS  
 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 : Casablanca Le : 03/01/2024  
 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
03/01/24	Preuve duffas			

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
STE PHARMACEUTIQUE HANZLA IPE: 092030261	03/01/24	341,10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

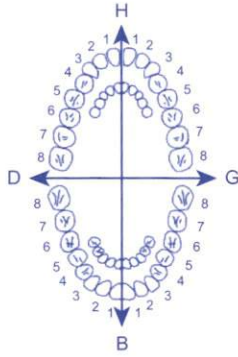
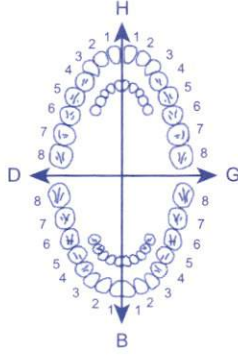
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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																					
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			CCEFFICIENT 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



Casablanca le 3/1/14

Dr. Mohamed Aziza

Ranciphex 20 mg  
213,30 x 3

1 ep / 1

3 x 20 mg

342,20

ST PHARM  
CASA-ANFA  
Casablanca - Tél: 05 22 94 39 33 - 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

Dr. Ouss BENCHAKROUNE  
Cardiologue - Rhumatologue  
Casablanca - Tél: 05 22 94 39 33 - 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

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

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



Dr Driss BENCHAKROUNE

Cardiologue - Rythmologue

Diplômé 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 بنشكرون ادريس

متخصص في أمراض القلب و الشرايين

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

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

18/12/2023

**Mme OMARA AZIZA Ep Saadi**

### EPREUVE D'EFFORT

TR

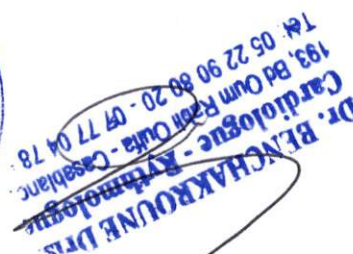
RDV pour Epreuve d'Effort avec Dr BENCHAKROUNE DRISS

Le 03/01/2024 à 14h

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

193 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
TOTAL GENERAL			800,00

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



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

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

Nom: **Omara Ep Saadi Aziza**No ID: **OMARA EP SAADI**Cas n°: **03012024**

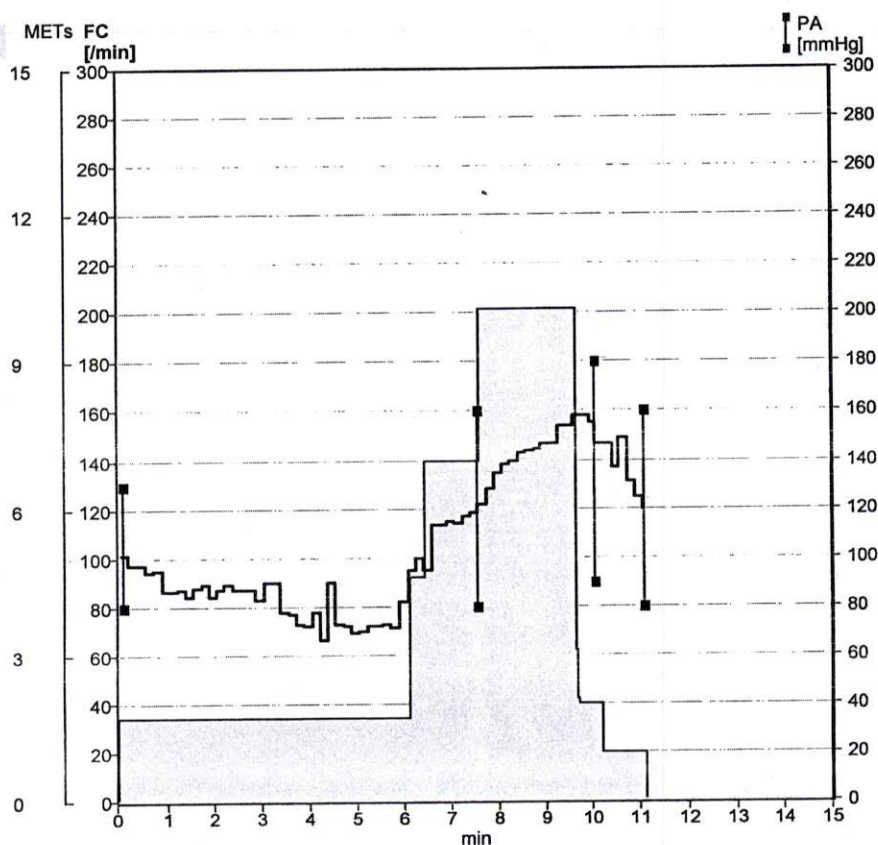
Né: 01.01.1962  
Age: 62 A  
Sexe: F  
Taille: -- cm  
Poids: -- kg  
Indic: DRISS, Dr D BENCHAKROUNE  
Med:

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 MENEES 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**

No ID:

**OMARA EP SAADI**

Cas n°:

**03012024**

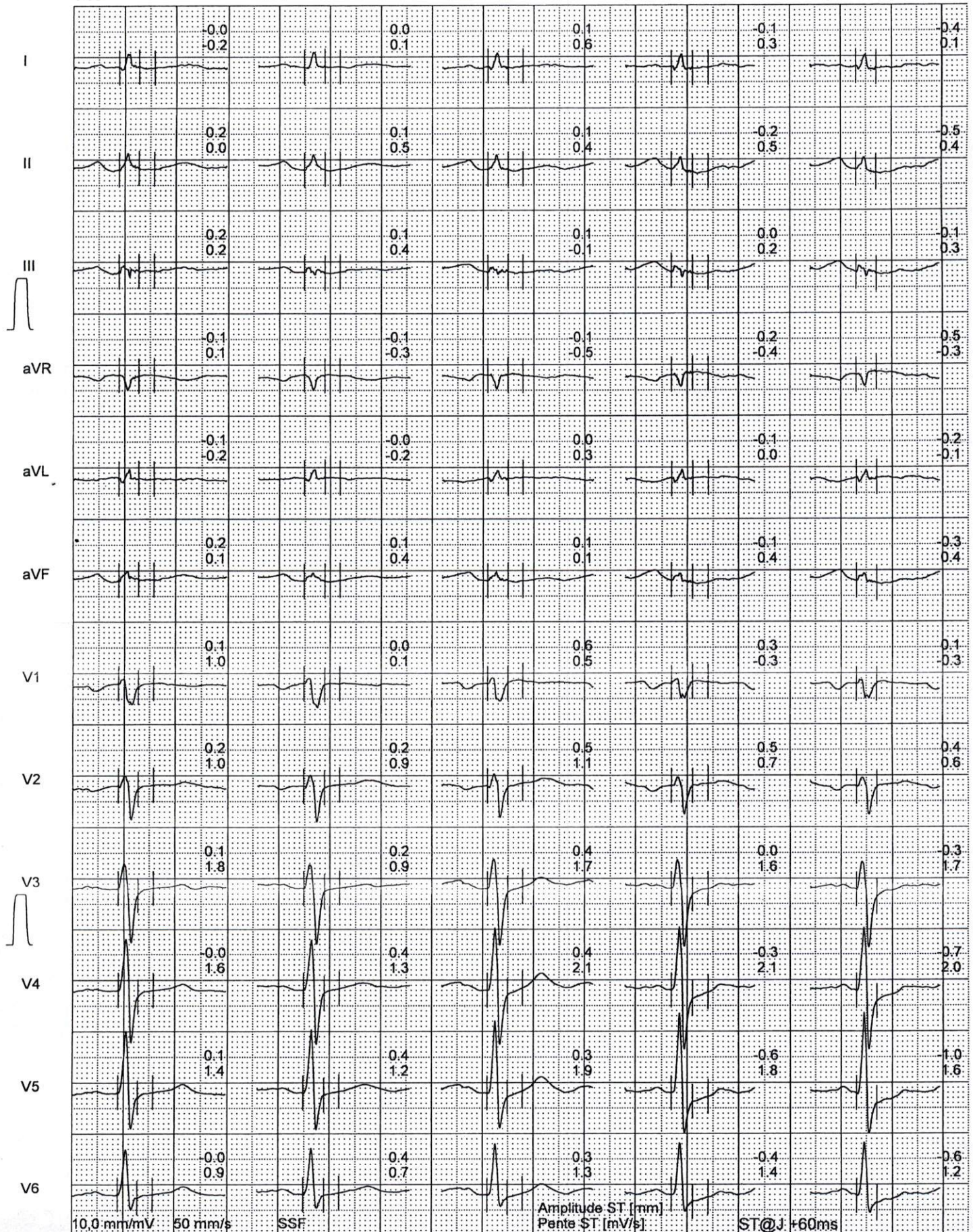
Pré  
98 /min  
1,7 Mts  
130/80 mmHg  
6:05

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

