

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.



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

Déclaration de Maladie

M23-0028559

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7388 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :
 Nom & Prénom : MAJBAR Mohamed A 94960
 Date de naissance : 20.05.1966
 Adresse : 5, Rue Ibn charaf el Kairouani - 2 Mars CASABLANCA
 Tél : 0666245726 Total des frais engagés : 1000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Hamza BENNOUNA
 Cardiologue
 Bd. Abdoumoumen et Rue Abdel
 CASABLANCA
 Tél : 05 22 86 39 89 / 90 00
 Date de consultation : 27.01.2024
 Nom et prénom du malade : Mr MAJBAR Age : 57
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Comorbidité
 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 : 07/02/24
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

| 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 |
| 24.01.2024 | Exam o/g/L | | 10000 | Dr. Hamza BENNOUNA Cardiologue Bd. Abdelmoumen et Rue Abdelhak CASABLANCA Tel : 05 22 86 39 39 / 3.33 |

| 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 |
| 24.01.2024 | Exam o/g/L | | 10000 | Dr. Hamza BENNOUNA Cardiologue Bd. Abdelmoumen et Rue Abdelhak CASABLANCA Tel : 05 22 86 39 39 / 3.33 |

| 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 |
| 24.01.2024 | Exam o/g/L | | 10000 | Dr. Hamza BENNOUNA Cardiologue Bd. Abdelmoumen et Rue Abdelhak CASABLANCA Tel : 05 22 86 39 39 / 3.33 |

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

| 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-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] 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 | |

| 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-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] 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 | |

| 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"/> | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | <input type="text"/> | |
| | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] | | | | MONTANTS DES SOINS | <input type="text"/> |
| | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | 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 | | | | | | |

| 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 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 | | | 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"/> |
| | 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 | | | | | | | | | | | | | | | |

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | |
|-----------------|-------------------|---------------------|-------------|----------------------------|-----------------------|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | | |
| | | | | | |

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | |
|-----------------|-------------------|---------------------|-------------|----------------------------|-----------------------|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | | |
| | | | | | |

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | |
|-----------------|-------------------|---------------------|-------------|----------------------------|-----------------------|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | | |
| | | | | | |

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | |
|-----------------|-------------------|---------------------|-------------|----------------------------|-----------------------|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | | |
| | | | | | |

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | |
|-----------------|-------------------|---------------------|-------------|----------------------------|-----------------------|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | | |
| | | | | | |

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | |
|-----------------|-------------------|---------------------|-------------|----------------------------|-----------------------|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | | |
| | | | | | |

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | |
|-----------------|-------------------|---------------------|-------------|----------------------------|-----------------------|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | | |
| | | | | | |

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | |
|-----------------|-------------------|---------------------|-------------|----------------------------|-----------------------|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | |
|------------------------------|--|---|--|
| | H | | Coefficient des Travaux <input type="text"/> |
| | 25533412 21433552 00000000 00000000 | | |
| | D | G | |
| | 00000000 00000000 35533411 11433553 | | Montants des Soins <input type="text"/> |
| | B | | |
| | [Création, remont, adjonction] | | |
| | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | |
| | | | Date du devis <input type="text"/> |
| | | | |
| | | | Date de l'exécution <input type="text"/> |

| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | |
|------------------------------|--|---|--|
| | H | | Coefficient des Travaux <input type="text"/> |
| | 25533412 21433552 00000000 00000000 | | |
| | D | G | |
| | 00000000 00000000 35533411 11433553 | | Montants des Soins <input type="text"/> |
| | B | | |
| | [Création, remont, adjonction] | | |
| | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | |
| | | | Date du devis <input type="text"/> |
| | | | |
| | | | Date de l'exécution <input type="text"/> |

[illegible]

| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | |
|------------------------------|--|---|--|
| | H | | Coefficient des Travaux <input type="text"/> |
| | 25533412 21433552 00000000 00000000 | | |
| | D | G | |
| | 00000000 00000000 35533411 11433553 | | Montants des Soins <input type="text"/> |
| | B | | |
| | [Création, remont, adjonction] | | |
| | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | |
| | | | Date du devis <input type="text"/> |
| | | | |
| | | | Date de l'exécution <input type="text"/> |

| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | |
|------------------------------|--|---|--|
| | H | | Coefficient des Travaux <input type="text"/> |
| | 25533412 21433552 00000000 00000000 | | |
| | D | G | |
| | 00000000 00000000 35533411 11433553 | | Montants des Soins <input type="text"/> |
| | B | | |
| | [Création, remont, adjonction] | | |
| | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | |
| | | | Date du devis <input type="text"/> |
| | | | |
| | | | Date de l'exécution <input type="text"/> |

| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | |
|------------------------------|--|---|--|
| | H | | Coefficient des Travaux <input type="text"/> |
| | 25533412 21433552 00000000 00000000 | | |
| | D | G | |
| | 00000000 00000000 35533411 11433553 | | Montants des Soins <input type="text"/> |
| | B | | |
| | [Création, remont, adjonction] | | |
| | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | |
| | | | Date du devis <input type="text"/> |
| | | | |
| | | | Date de l'exécution <input type="text"/> |

| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | |
|------------------------------|--|---|--|
| | H | | Coefficient des Travaux <input type="text"/> |
| | 25533412 21433552 00000000 00000000 | | |
| | D | G | |
| | 00000000 00000000 35533411 11433553 | | Montants des Soins <input type="text"/> |
| | B | | |
| | [Création, remont, adjonction] | | |
| | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | |
| | | | Date du devis <input type="text"/> |
| | | | |
| | | | Date de l'exécution <input type="text"/> |

| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | |
|--|---|---|----------|----------|----------|--|
|  | <p>H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> </table> <p>D G</p> <hr style="width: 100%; border: 0.5px solid black;"/> <p>B</p> | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | |
| | <p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p> | | | | |

| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | |
|------------------------------|--|---|--|
| | H | | Coefficient des Travaux <input type="text"/> |
| | 25533412 21433552 00000000 00000000 | | |
| | D | G | |
| | 00000000 00000000 35533411 11433553 | | Montants des Soins <input type="text"/> |
| | B | | |
| | [Création, remont, adjonction] | | |
| | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | |
| | | | Date du devis <input type="text"/> |
| | | | |
| | | | Date de l'exécution <input type="text"/> |

| | |
|--|---|
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION |
|--|---|

| | |
|--|---|
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION |
|--|---|

CABINET D'EXPLORATIONS CARDIOVASCULAIRES
Docteur BENNOUNA Hamza
Angle Boulevard Abdelmoumen et rue Abou Marouane Casablanca
Tél : +212 522 86 39 39 / + 212 522 86 38 38

NOTE D'HONORAIRE

CONCERNANT : M° MAJBAR Mohamed

NATURE D'EXAMEN : Epreuve d'effort du 27.01.2024

HONORAIRES PERCUS : Mille dirhams (1000dhs)

Docteur BENNOUNA Hamza

Dr. Hamza BENNOUNA
Cabinet d'explorations cardiovasculaires
Bd. Abdelmoumen et rue Abou Marouane
Casablanca
Tél : 0222 86 39 39 / 86 38 38



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis
مصحة جرادة الوازيس

COMPTE RENDU D'EPREUVE D'EFFORT

NOM : MAJBAR
PRENOM : Mohamed
DATE D'EXAMEN : 27.01.2024.
MOTIF D'EXAMEN : bilan pour cardiopathie ischémique.

Compte rendu de l'examen :

- Epreuve d'effort sub-maximale, 96% de la fréquence maximale théorique, négative cliniquement et électriquement, atteinte du 4^{ème} palier selon le protocole de Bruce durant 12 secondes, interrompue par atteinte de la fréquence maximale théorique.
- Pas de trouble du rythme, ni de la conduction durant le repos, l'effort et à la récupération.
- Profil tensionnel adapté à l'effort avec une tension artérielle initiale à 115/70mmHg, une tension artérielle à l'acmé de l'effort à 160/80mmHg, et une tension artérielle à 125/75mmHg en fin d'examen.
- Bonne capacité à l'effort.

AU TOTAL :

Epreuve d'effort sub-maximale, 96% de la fréquence maximale théorique, négative cliniquement et électriquement.
Pas de trouble du rythme significatif.
Pas d'élément en faveur d'une cardiopathie ischémique.
Profil tensionnel, adapté à l'effort.

DR BENNOUNA Hamza

