

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00912

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Boudraa Abdelkader

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : KHALIL MOUNA Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M23- N° 0035479

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
07/03/2024			1380 DH	Chirurgie France Ville

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ROU	complément	

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

ETAPELL

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				<input type="text"/>
			</	

Description des actes effectués			وصف العمليات المجرأة		
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
9/10/2024	001	TKM	13800H		
INPE et code à Barres			020060484		
INPE et code à Barres			1111111111111111		

CIM - 10

Actes Paramédicaux					
عمليات المساعدين الطبيين					
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barres					
1111111111111111					
INPE et code à Barres					
1111111111111111					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					العمليات الإيجياء، الأشعة والصور
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإيجيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biogiste	
INPE et code à Barres					1111111111111111
INPE et code à Barres					1111111111111111

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
INPE et code à Barres		
1111111111111111		
INPE et code à Barres		
1111111111111111		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

Casablanca, le

04/03/2024

الدار البيضاء، في

(17)

Direction des Prestations AMO

مديرية تعويضات التأمين الإجباري عن المرض

CLINIQUE FRANCE VILLE
GHANDI 20200 CASABLANCA



Réf : N° d'immatriculation : 138384228

Nom et prénom de l'assuré : KHALIL MINA

Nom et Prénom du bénéficiaire : KHALIL MINA

Utilisateur : R9037

Objet : Attestation de prise en charge

الموضوع : شهادة التحمل

Madame, Monsieur,

En réponse au dossier de prise en charge numéro 880531528 reçu le 02/03/2024 nous vous faisons part de notre accord concernant :

سيدي، سيدتي
جوابا على ملفكم المتعلق بالتحمّل رقم 880531528 والذى
وافتقونا به بتاريخ 02/03/2024 نطلعكم على موافقتنا
بخصوص :

Le bénéficiaire

KHALIL MINA

المستفيد

L'établissement

090060484

المبلغ المعوض

Le montant accordé

4620,00 DH

صلاحية التحمل

La validité de prise en charge

du 02/03/2024 au 02/04/2024

Cette attestation doit être jointe à votre demande de remboursement à déposer dans un délai n'excédant pas 90 jours à compter de la date de sortie du patient de votre établissement et ce, pour vous permettre de bénéficier du règlement des frais d'hospitalisation selon les conditions et modalités fixées par voie

هذه الشهادة يجب أن ترافق بطلب التعويض الذي يجب
إيداعه في أجل لا يتعدى 90 يوما من تاريخ خروج
المريض من مؤسستكم، وذلك لتمكينكم من الاستفادة من
استرجاع مصاريف الاستشفاء، طبقا للشروط وكيفية
التطبيق التي يحددها القانون.

كما نشير انتباهم إلى أن عدم إنجاز العلاجات داخل الأجال
المشار إليها أعلاه، يفقد هذه الشهادة صلاحيتها.

Aussi, nous vous signalons que la non
réalisation des soins dans les délais sus
mentionnés rend la présente attestation sans
effet.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression
de nos salutations distinguées.

وتقضوا سيدتي، سيدتي، بقبول خالص تحياتنا.

Réserves :

- S/R: CR + CD coronarographie

قسم الموافقة المسبيقة و التحمل

Division Accords Préalables & Prises en Charge



الصيغة الاحتسابية
الناتج الخام للناتج

Casablanca, le 04/03/2024 في الدار البيضاء،

Direction des Prestations AMO

مديرية تعويضات التأمين الإجباري عن المرض

CLINIQUE FRANCE VILLE
GHANDI 20200 CASABLANCA

A standard 1D barcode is positioned vertically. To its left, the text 'CNSS' is printed vertically at the top, and 'AMC' is printed vertically at the bottom. To the right of the barcode, the number '880531528' is printed vertically.

Réf : N° d'immatriculation : 138384228

Nom et prénom de l'assuré : KHALIL MINA

Nom et Prénom du bénéficiaire : KHALIL MINA

Utilisateur : R9037

Objet : Attestation de prise en charge

الموضوع : شهادة التحمل

سیدتی، سیدی

En réponse au dossier de prise en charge numéro 880531528 reçu le 02/03/2024 nous vous faisons part de notre accord concernant :

جواباً على ملفكم المتعلق بالتحمّل رقم 880531528 والذي
وافيتمنونا به بتاريخ 02/03/2024 نطلعكم على موافقتنا
بخصوص :

Le bénéficiaire KHALIL MINA
L'établissement 090060484
Le montant accordé 4620,00 DH
La validité de prise en charge du 02/03/2024 au 02/04/2024

المستفيد

العنوان المزدوج

صلاحية التحما

Cette attestation doit être jointe à votre demande de remboursement à déposer dans un délai n'excédant pas 90 jours à compter de la date de sortie du patient de votre établissement et ce, pour vous permettre de bénéficier du règlement des frais d'hospitalisation selon les conditions et modalités fixées par voie

هذه الشهادة يجب أن ترافق بطلب التعويض الذي يجب إيداعه في أجل لا يتعدي 90 يوما من تاريخ خروج المريض من مؤسستكم، وذلك لتمكينكم من الاستفادة من استرجاع مصاريف الاستشفاء، طبقا للشروط وكيفية التطبيق التي يحددها القانون.

Aussi, nous vous signalons que la non réalisation des soins dans les délais sus mentionnés rend la présente attestation sans effet.

كما نشير انتباهكم إلى أن عدم إنجاز العلاجات داخل الأجال المشار إليها أعلاه، يفقد هذه الشهادة صلاحيتها.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression
de nos salutations distinguées.

Réserves :

- S/R: CR + CD coronarographie

وتفضلوا سيدتي، سيدى، بقبول خالص تحياتنا.

قسم الموافقة المسبقة و التحمل

Division Accords Préalables & Prises en Charge

CLINIQUE FRANCE VILLE
CLINIQUE CARDIOVASCULAIRE

Organisme de PEC : CNSS
NOM DU PATIENT : Mme KHALIL EP BOUDRAI MINA
SEJOUR : Du 07/03/2024 au 07/03/2024

Casablanca
TICKET MODERATEUR SUR FACTURE

202400874
Du : 07/03/2024

1 380,00

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

Arrêt la présente à la somme de **MILLE TROIS CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS**

Signature de l'adhérent



ICE
Adresse

CLINIQUE FRANCE VILLE
CENTRE CARDIOVASCULAIRE

CNSS
NOM DU PATIENT : Mme KHALIL EP BOUDRAI MINA
NOM ADHERENT : KHALIL EP BOUDRAI MINA
SEJOUR : Du 07/03/2024 au 07/03/2024
MATRICULE : 138384228
REF. PEC : 880531528
COTATION : 4 620,00



FACTURE

202400874

Du : 07/03/2024

Code	Prestation	Qté	Lettre Clé	Prix U.	Montant
Y100	CORONAROGRAPHIE	1		6 000,00	6 000,00
					Total Facture 6 000,00
					Part organisme 4 620,00
					Part adhérent 1 380,00

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

Arrêtée à la somme de SIX MILLE DIRHAMS

Notre compte bancaire :

BANQUE P AGENCE ROMANDIE, RIB 190 780 21211 9265722 0005 71



CLINIQUE FRANCE VILLE

CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Casablanca

NOM DU PATIENT : Mme KHALIL EP BOUDRAI MINA
DATE DE NAISSANCE : 03/04/1946

Sejour : Du 07/03/2024 au 08/03/2024

Reçu N°: 177491

Paiement du 07/03/2024 08h34

Actes	
Montant	1 380,00 Dh
Type de paiement	TPE

Imprimé par : HAMROUCH AMINA Le 07/03/2024 08h34



Clinique France Ville
 393 Bd. Grandi - Casa
 Tel: 05.22.23.26.27
 H.A

07/03/24 08:38:30
 9900882540
 98825401
 CLINIQUE FRANCE VILLE II
 Casablanca

A0000000031010
 APP : VISA
 BOUDRAA ADELKADER
 xxxxxxxxx2549
 04/25 CARTE NATIONALE
 59FE58F3770C1F60
 201-0-9999-1-44

MONTANT: 1380,00 MAD

NUM TRANSACTION : 001
 NUM AUTORISATION : 397112
 STAN : 004690

EBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
 COPIE CLIENT

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 بن شكرورن 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 (الرباط)

CABINET DE CONSULTATIONS ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Electrocardiogramme

01/02/2024

Echographie cardiaque
trans-thoracique

Demande de coronarographie

Echographie cardiaque
trans-oesophagienne

Mme KHALIL Mina

Echographie doppler
vasculaire

Holter rythmique

Patiante de 77 ans, hypertendue, dyslipidémie, accusant un angor mixte
ainsi qu'une dyspnée stade II

Holter tensionnel

Son examen cardiovasculaire est sans particularités.

Epreuve d'effort

Son ECG inscrit un RRS à 80 cpm avec abrasion de R en ASA + HVG

Rythmologie diagnostique
et interventionnelle

Son échocardiographie objective :

- **Cardiopathie hypertensive et ischémique.**
- **FEVG à 63 % SB avec hypokinésie antérieure.**
- **Indication à une coronarographie.**

Implantation de pacemaker

Une coronarographie diagnostique est nécessaire.

Implantation de
défibrillateur

Cordialement

Dr Benchakroune Driss

Electrophysiologie
endocavitaire



Exploration des troubles
du rythme cardiaque
et palpitations

Dr. BENCHAKROUNE Driss
Cardiologue - Rythmologue
193, Bd Oum Rabii - 2ème étage - Casablanca
Tél: 05 22 90 80 20 - 07 77 04 78 68
Tél: 05 22 90 80 20 - 07 77 04 78 68

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

193 شارع أم الريـع - ولـفا - الـبيـضاـء

(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



Casablanca , le 07/03/2024
CORONAROGRAPHIE

PATIENT : KHALIL EP BOUDRAI MINA
OPERATEUR : DR. ELHAMMIRI AYOUN
CORRESPONDANT : DR SAJIDE

Voie d'abord: Radiale droite 5 F

Ctes Hémodynamiques:

Fréquence cardiaque: 85/min

Rythme cardiaque : Rythme sinusal

Aorte (s/d-m) mmHg: 140/80 mmHg

Angiographie coronaire:

Réseau coronaire gauche :

. Le tronc commun est de calibre normal sans lésion significative.

. L'artère inter ventriculaire antérieure est de calibre normal, sans lésion significative le long de son trajet, donnant des diagonales et des septales indemnes de lésion.

. L'artère circonflexe est une artère de calibre normal sans lésion significative donnant de belles marginales avec une belle distalité.

Réseau coronaire droit :

. L'artère coronaire droite est de calibre normal, sans lésion significative le long de son trajet, donnant l'IVP et la RVG.

Conclusion:

Réseau coronaire sans lésion significative.

Signé : **DR. ELHAMMIRI AYOUN**

Dr EL HAMMIRI AYOUN
Cardiologue Interventionnel
Contact 06 68 17 35 35
INPE 091184911

Pour consulter les images de cet examen
Lien : <http://102.50.241.146:8085/images>
Login : HIS913199239924
Mot de passe : HIS69894

CLINIQUE FRANCE VILLE

CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Casablanca

BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER 2400960

NOM DU PATIENT Mme KHALIL EP BOUDRAI MINA

MÉDECIN TRAITANT SAJIDE HASSAN

PRISE EN CHARGE CNSS

NUMERO PRISE EN CHARGE 880531528

DATE D'ENTREE 07/03/2024

DATE DE SORTIE 07/03/2024



Pour
Dani
Khadija

De Mr Baudras

ICE
Adresse

CLINIQUE FRANCE VILLE
CENTRE CARDIOVASCULAIRE

CNSS
NOM DU PATIENT : Mme KHALIL EP BOUDRAI MINA
NOM ADHERENT : KHALIL EP BOUDRAI MINA
SEJOUR : Du 07/03/2024 au 07/03/2024
MATRICULE : 138384228
REF. PEC : 880531528
COTATION : 4 620,00

2



FACTURE
202400874
Du : 07/03/2024

Code	Prestation	Qté	Lettre Clé	Prix U.	Montant
Y100	CORONAROGRAPHIE	1		6 000,00	6 000,00
					Total Facture 6 000,00
					Part organisme 4 620,00
					Part adhérent 1 380,00

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

Arrêtée à la somme de SIX MILLE DIRHAMS

Notre compte bancaire :
BANQUE P AGENCE ROMANDIE, RIB 190 780 21211 9265722 0005 71



Notre compte bancaire : BANQUE. P AGENCE ROMANDIE, RIB 190 780 21211 9265722 0005 71
393, Bd GHANDI, angle rue FOUITEH - Tél : 05 22 23 26 27 - Fax : 022 99 30 26
I.C.E : 001611257000076 - Patente : 34776707 - Identifiant fiscal : 40160087 - CNSS 777 11 25

CLINIQUE FRANCE VILLE

CLINIQUE CARDIOVASCULAIRE

Organisme de PEC : CNSS
NOM DU PATIENT : Mme KHALIL EP BOUDRAI MINA
SEJOUR : Du 07/03/2024 au 07/03/2024

(3)

Casablanca
TICKET MODERATEUR SUR FACTURE

202400874
Du : 07/03/2024

1 380,00

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

Arrêt la présente à la somme de **MILLE TROIS CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS**

X

Signature de l'adhérent



CLINIQUE FRANCE VILLE

CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Casablanca

(5)

BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER 2400960

NOM DU PATIENT Mme KHALIL EP BOUDRAI MINA

MÉDECIN TRAITANT SAJIDE HASSAN

PRISE EN CHARGE CNSS

NUMERO PRISE EN CHARGE 880531528

DATE D'ENTREE 07/03/2024

DATE DE SORTIE 07/03/2024

