

## 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-560200

49229

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13229 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAAD YOUNES

Date de naissance : 22/05/1989

Adresse : 72, rue de Rome apt 14, résidence Amica Cas

Tél : 0666 838 128 Total des frais engagés : 13000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Saad SOULAI  
PROFESSEUR DE CARDIOLOGIE  
356, Rue Mustata El Maani  
05 2222188 / 05 222617

MUPRAS  
27 NOV. 2020  
ACCUEIL

Date de consultation : 24/11/2020

Nom et prénom du malade : SAAD YOUNES Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Crise de tachycardie avec palpitations

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 : 26/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

### 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 Étage 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 24/11/12        | 3 consultations   |                       | 300 DH                          | INP : 91130972<br>SOULIEMANE CARDIOLOGUE<br>F. Meani<br>22612  |
| 25/11/12        | 2 consultations   |                       | 1000 DH                         |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

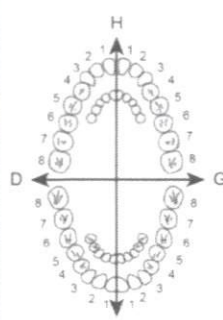
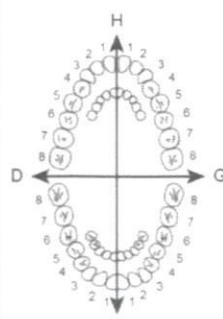
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 | INP : <input type="text"/>                      |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|---|--|------------------|-------------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|--|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|
|                                        |  |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>    |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| <p>O.D.F<br/>PROTHESES DENTAIRES</p>  | <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <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 colspan="2">G</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> <p>(Création, remont, adjonction)<br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  |             | H   |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | G |  | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|   | H  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 25533412   | 21433552         |             |   |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 00000000   | 00000000         |             |   |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | G  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | D  | G                |             |   |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 00000000   | 00000000         |             |   |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 35533411   | 11433553         |             |   |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | B  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| <p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>   |  |                  |             | <p>DATE DU DEVIS <input type="text"/></p>       |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| <p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>  |  |                  |             | <p>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/></p> |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |  |



# Docteur Saâd SOULAMI

Professeur de Cardiologie

Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Echo Doppler Couleur - Holter



الدكتور سعد السلمي

أستاذ سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

إختصاصي في أمراض القلب و الاوعية الدموية

خريج كلية الطب بباريس

فحص القلب بالصدى و الدوبلير بالالوان

Patient : SAAD YOUSSEF Casablanca, le 25/11/2024

Wate Slimy

Holter ECG = 1K707 = 1000H1

File 2

Dr Saâd SOULAMI  
PROFESSEUR DE CARDIOLOGIE  
356, Rue Mostafa El Maâni  
356 22 22 18 84 / 05 22 26 13 36

356, زقة مصطفى المعاني (قرب زقة أكادير) - الدار البيضاء

356, Rue Mostafa El Maâni (coté Rue d'Agadir) - 1<sup>er</sup> étage - Casablanca - E-mail : cabinet-soulami@gmail.com

Tél.: 05 22 22 18 84 / 06 62 88 90 91 - Tél./Fax: 05 22 26 13 36 - Urgence : 06 65 14 69 96

CNSS : 2700608 - IF : 41802254 - ICE : 001755076000067 - IPN : 091130922

# DR. SOULAMI SAAD

Holter Scanning Department  
Memorial Hospital  
555-4HOLTER

## Information Patient

Nom: **SAID, YOUNES BEN KARIM**  
ID #: **D310/2020** Identifications:  
Date de Nais.: **22/05/1989** Age: **31** Sexe: **Homme**  
Médecin: **SOULAMI SAAD**  
Indications:  
Médications:  
Lu par: Posé par:

Date Enreg.: **24/11/2020 11:22:26**  
Date Lecture: **25/11/2020**  
Lecture N.: **586**  
Enregist.: **H3Plus2.09Chan2Chan3Chan1**  
Enregist.No.: **0313**

## Paramètres d'Analyse

Prématurité ESSV: **25 %** Pause: **2000 msec** Tachycardie: **120 BPM**  
Elévation ST: **200  $\mu$ V** Pause/RR long: **Tous les Cpxes** Bradycardie: **50 BPM**  
Dépression ST: **100  $\mu$ V** Calcul FC hors Pause: **Non** Tachy/Brady Minimum: **3 min, 0 sec**

## Résultats

Total QRS: **118443** Durée d'enregistrement: **23 hr, 53 min** Données Analysées: **23 hr, 53 min**

### Fréquence:

F.C. Min: **57** à **06:10:13**  
F.C. Max: **251** à **07:34:48**  
F.C. Moy: **83**

### Episodes Tachycardie/Bradycardie:

Tachycardie la plus Longue: **0:08:00, 133 BPM Moy. à 11:04:51**  
Tachycardie la plus rapide: **0:08:00, 133 BPM Moy. à 11:04:51**  
Bradycardie la plus longue:  
Bradycardie la plus lente:

### Extrasystoles supraventriculaires:

F.A. (Durée)/ Freq. Moy. Max.: **(0%) / 0 BPM**  
Isolées: **3098**  
Couplets: **72**  
Salve: **0**

### Extrasystoles ventriculaires:

Isolées: **35**  
Couplets: **2**  
Salve: **0**

Total: **3242**

R en T: **2**  
Total: **41**

### Variabilité RR:

%RR>50: **11%**  
rms-SD: **129 ms**  
Magid SD: **83 ms**  
Kleiger SD: **138 ms**

### Variation ST:

Sous-décalage Max ( $\mu$ V):  
Sus-décalage Max ( $\mu$ V):

II/Heure: **/**  
**262 / 12:17:26**

V/Heure: **-187 / 08:27:26**  
**/**

### Pauses:

Plus Long RR: **1,38 sec** à **06:12:54**

# RRs > 2,0 sec: **0**

### Commentaire:

COMPTE RENDU DU HOLTER RYTHMIQUE

Date : **25/11/2020**

La durée de l'enregistrement analysé est de **24 H** :

- ☐ Il n'existe pas d'extrasystoles ventriculaires
- Il n'a pas été noté de doublets ou de triplets, ni d'épisodes de TV.
- ☐ Il a été noté de rares extrasystoles supra ventriculaires, mais pas d'ACFA, ni de TSV.
- ☐ Pas de troubles conductifs auriculo-ventriculaires ni ventriculaires.
- ☐ épisodes de tachycardie sinusale

A TOTAL : Holter rythmique des 24 H dans les limites de la normale , ne révélant pas de troubles rythmiques ni conductifs paroxystiques mais tachycardie sinusale avec des ESA et un BBDT permanent

Pr. Saad



SAID, YOUNES

ID:

0yr

Unknown

Comment:

24-Nov-2020 10:18:45

Vent rate: 84 BPM

PR int: 132 ms

QRS dur: 125 ms

QT/QTc: 358 / 399 ms

P-R-T axes: 20 -8 -6

RYTHME SINUSAL AVEC DE RARES EXTRASYSTOLES SUPRAVENTRICULAIRES

BLOC DE BRANCHE DROIT COMPLET

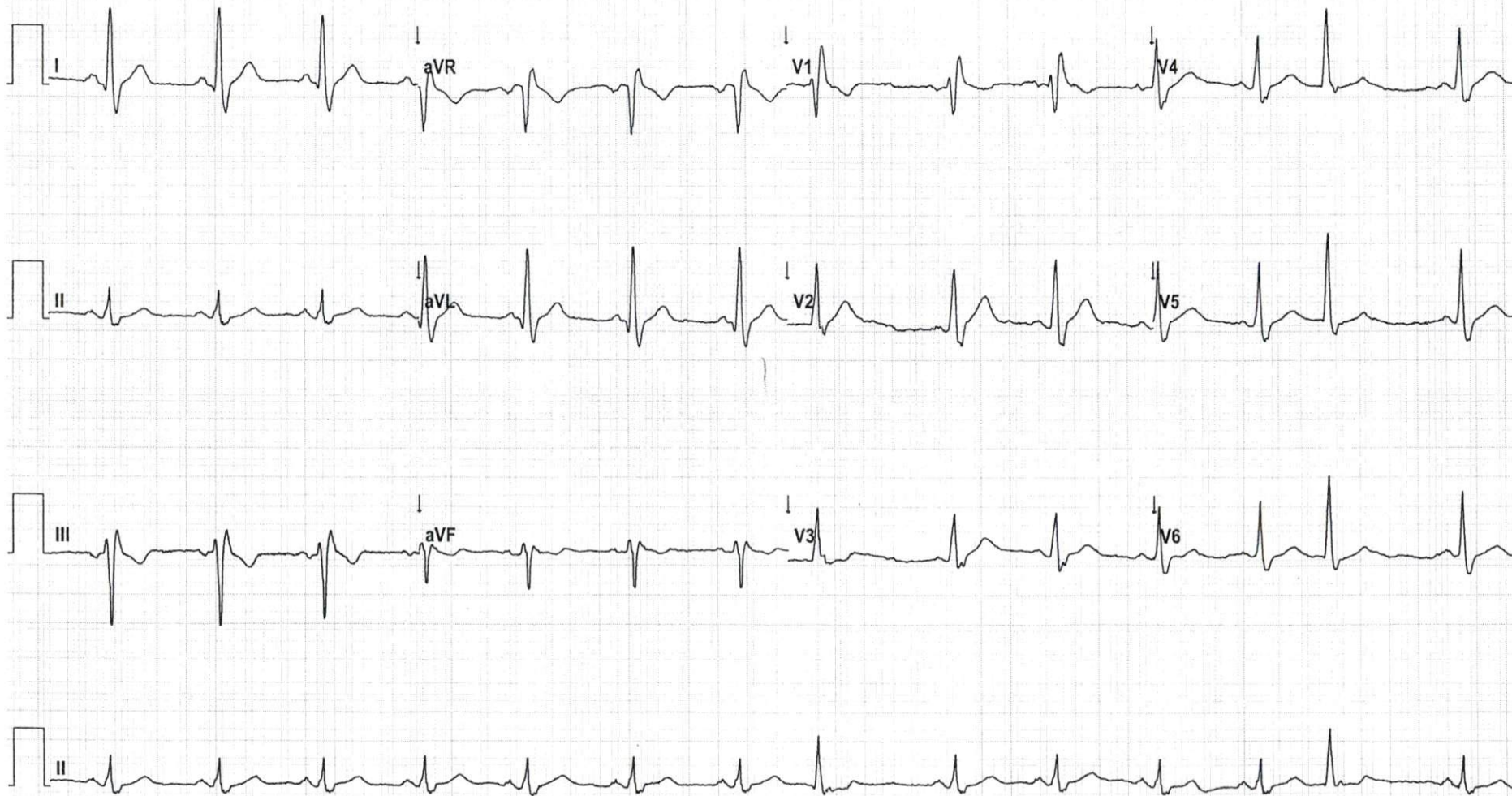
FAIBLE POSSIBILITE DE TRACE D'HYPERTROPHIE VENTRICULAIRE GAUCHE (HVG) OU ASPECT NORMAL

DEVANT

ECG ANORMAL

ATTENTION: LA QUALITE DES DONNEES PEUT INFLUENCER L'INTERPRETATION

Revu par \_\_\_\_\_



Site Zero

Site # 0 Cart # 0 ELI Link 4.11.6.0 Sequence # 44016 25mm/s 10mm/mV 0.05-300 Hz