

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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.

N° W19-560200

49229

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
**13229**

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **SADDYOUNES**

Date de naissance : **22/05/1989**

Adresse : **72, rue de Rome opt 17, résidence Amira, Casablanca**

Tél. : **0666 838128**

Total des frais engagés :

**130000**

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

**24/11/2020**

Nom et prénom du malade :

**SADDYOUNES**

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Compagnon

Enfant

Nature de la maladie :

**Grippe de l'allaitement avec fièvre**

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 : **28/11/2020**

Signature de l'adhérent(e) :

Déclarant

Rencontré

Il a été informé

Il a été

## **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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 24/11/18        | 3 actes           | 3 x DHT               |                                 | INP : 591130702<br>SOULARD CARDIOLOGISTE<br>EL Maan 22/11/18   |
| 25/11/18        | 2 actes           | 1000 DHT              |                                 | INP : 591130702<br>SOULARD CARDIOLOGISTE<br>EL Maan 22/11/18   |

## ~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

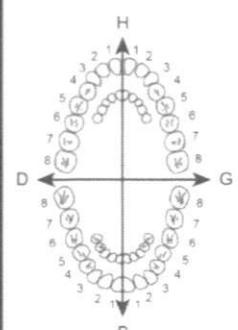
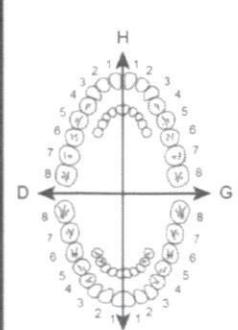
| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |

#### **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 | INP : <input type="text"/>                          |
|--|---|--|-------------|---|
|   |   |  |             | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> |
|  |   |  |             | <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>      |
|  |   |  |             | <b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>       |
|  |   |  |             | <b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>         |
| <b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>   | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  |  |             |   |
|  | H<br>25533412<br>00000000<br>D<br>00000000<br>35533411  | G<br>21433552<br>00000000<br>G<br>00000000<br>11433553 | B<br><br>B  | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> |
|  | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |  |             | <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>      |
|  |   |  |             | <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>           |
|  |   |  |             | <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>     |

**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 سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

اختصاصي في أمراض القلب والأوعية الدموية

خريج كلية الطب بباريس

فحص القلب بالصدى والدولنير بالألوان

Patient :

SAID YOUSSEF

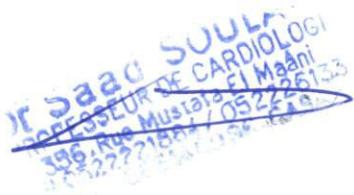
Casablanca, le

25/11/2015

Moste S'lemy

Holter + CCg = 1Ktof = 1000841

With love



356، زنقة مصطفى المعاني (قرب زنقة أڭادير) - الدار البيضاء

356, Rue Mostafa El Maâni (coté Rue d'Agadir) - 1<sup>er</sup> étage - Casablanca - E-mail : cabinetsoulami@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 %**  
Elévation ST: **200 µV**  
Dépression ST: **100 µV**

Pause: **2000 msec**  
Pause/RR long: **Tous les Cpxes**  
Calcul FC hors Pause: **Non**

Tachycardie: **120 BPM**  
Bradycardie: **50 BPM**  
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**  
Couples: **72**  
Salve: **0**

### Extrasystoles ventriculaires:

Isolées: **35**  
Couples: **2**  
Salve: **0**

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

Total: **3242**

### Variabilité RR:

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

Variation ST:  
Sous-décalage Max (µV): **/**  
Sus-décalage Max (µV): **262 / 12:17:26**

II/Heure:

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 doubles 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. Saâd

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 \_\_\_\_\_

