

# 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, parodontologie orthodontique, 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 l'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 :

- Reclamation : 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 / 18 Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20100 - Tél. : 05 22 22 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

W21-840372

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1424 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NAMASSE MOSTAFA

Date de naissance : 18-04-1952

Adresse :

Tél. : 0669795094 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

CASABLANCA  
100 Bd. Oum El-Khadra  
Casablanca - Tel: 05 22 96 80 00

Date de consultation : 01/03/2024

Nom et prénom du malade : NAMASSE MOSTAFA

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

Nature de la maladie : HTA

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 : 01/03/24

Signature de l'adhérent(e) :



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
01-03-24		CM	30000	
01-03-24		+ EL6 Eho Cardio	70000	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/03/24	92,0004

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

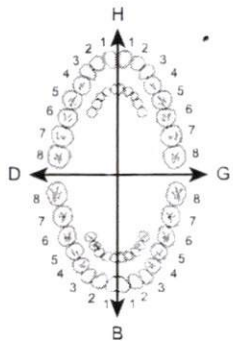
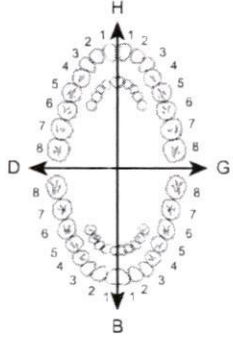
[illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

Veillez 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	Montant des Honoraires	Coefficient DES TRAVAUX
					
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: right;">                     H                      25533412                      00000000                      D                 </div> <div style="text-align: center;">                     21                      33552                      00 00000                      00000000                      35533411                      B                 </div> <div style="text-align: left;">                     G                      00 00000                      1 33553                 </div> </div>				
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à			profession	Montant des Honoraires

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

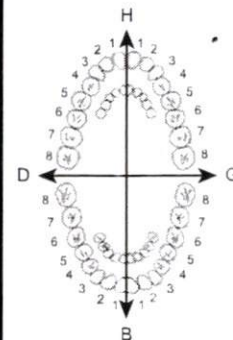
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

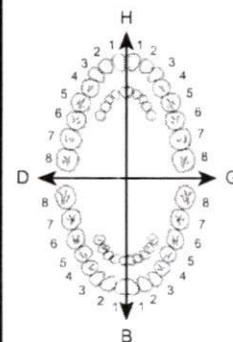
**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'OCDF.

## SOINS DENTAIRES



**O.D.F**  
**PROTHESES DENTAIRES**

[illegible]

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	2 <sup>1</sup>	33552
00000000	0 <sup>0</sup>	00000
D		G
00000000	0 <sup>0</sup>	00000
35533411	1 <sup>1</sup>	33553
	B	

<b>(Création, remont, adjonction)</b>	Montant des
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession	Honoraires

[illegible]COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVISDATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

SA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Docteur Youssef DRISSI

Spécialiste des maladies  
du Cœur et des Vaisseaux

Ancien Médecin Interne  
des Hôpitaux de Paris

- Holter tensionnel
- Holter rythmique
- Epreuve d'effort
- Echo-doppler  
cardiaque couleur



الدكتور يوسف الإدريسي

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

طبيب سابق بمستشفيات باريس

الفحص بالصدى بالألوان  
- الهولتر -

Casablanca, le 01.03.24

NAMASSE NOSTAFA

note d'honoraires  
pour Echo Cardio  
700000

Dr. Youssef DRISSI  
CARDIOLOGUE  
100 Bd. Oum Rabi  
Casablanca - Tél: 05 22 93 86 00

100, شارع أم الربيع - إقامة الأفق - الحي الحسني - الدار البيضاء

100, bd. Oum Rabi - Résidence Al Ofoq (près de la Polyclinique CNSS) Hay Hassani - Casablanca

المستعجلات : 0661 08 02 82 - Urgences : 0661 08 02 82 - E-mail : ydrissi@hotmail.com - الهاتف : 0522 93 86 00 / Tél./Fax : 0522 93 86 00



المستعجلات : 0661 08 02 82 - Urgences : 0661 08 02 82 - E-mail : ydrissi@hotmail.com - الهاتف : 0522 93 86 00 / Tél./Fax :



Dr Youssef DRISSI  
Cardiologue  
100, boul. Oum Errabii  
Hay Hassani, Casablanca  
Tel : 05 22 93 86 00

## COMPTE RENDU D'ECHO-DOPPLER CARDIAQUE

NOM : NAMASSE  
PRENOM : MOSTAFA  
DATE D'EXAMEN : 01.03.2024

Aorte ascendante de taille normale = 37 mm. Oreillette gauche, de taille (14 cm<sup>2</sup>) et cinétique normales, sans thrombus visible.

Ventricule gauche de taille normale (50 mm/29 mm), de cinétique globale et segmentaire normales, avec FR à 42 % et FE à 73 %.  
Pas d' HVG : ESIVd = 10 mm, EPPd = 10 mm.

PRVG basses. Pas de trouble de la fonction diastolique : E/A = 1,5.

Appareil valvulaire mitral souple. Sans particularités.

Appareil valvulaire aortique : Sans particularités.

Pas d'hypertension artérielle pulmonaire. PAPS = 8.

Péricarde : pas d'épanchement.

Crosse aortique : sans particularités.

Cavités droites de taille normale. Bonne fonction systolique du VD. TAPSE = 20 mm.

### AU TOTAL :

**Bonne fonction systolo-diastolique du VG.**

**Pas de valvulopathie. PRVG basses.**

**Pas d'épanchement péricardique.**

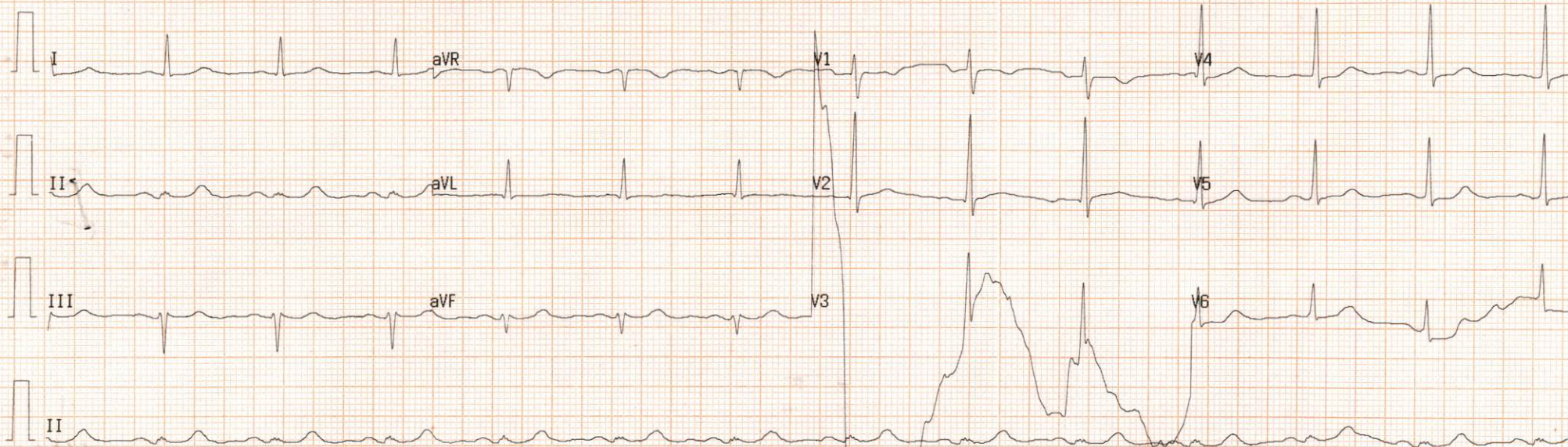
Dr. Youssef DRISSI  
CARDIOLOGUE  
100 Bd Oum Errabii Hay Hassani  
Casablanca- Tél: 05 22 93 86 00



Handwritten patient name and ID: Handwritten Name ID: Handwritten ID

01/03/2024 11:29:55

79 bpm



01/03/2024

ID: \_\_\_\_\_

INCONNU

Rythme sinus

--- Interpré

ECG limite

25mm/s 10mm/mV LP: 25Hz AC:50Hz

Cardioline ECG100L 2.01.7025 SN:0628181F

66010055

71.028

CARDIOLINE



