

# 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.

## Adresses Mails utiles

- O Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- O Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- O Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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.



## Déclaration de Maladie

N° W19-518112

83560

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 545 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MASAOUR Abderrazak

Date de naissance : 28/01/45

Adresse : 32, Bd Kennedy Casa

Tél : 0661290969 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Malika NOUREDDINE  
Cardiologue  
71, Rue Abou Alaa Zahr  
Quartier des hôpitaux - Casablanca  
Tel : 05 22 86 57 52 / 06 64 86 46 44

Date de consultation : 27/5/2021

Nom et prénom du malade : MASAOUR Saoud Age :

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

Nature de la maladie : HTA - Maladie chronique

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'atmédecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

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
27/5/2021	CS		300 DH	INP : 087076849
	+ E.C.C.			

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

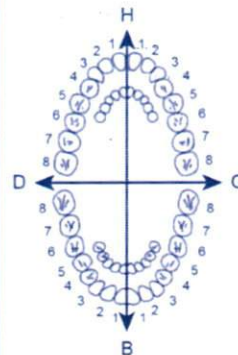
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
27/5/2021		E.C.C.	300 DH

## AUXILIAIRES MEDICAUX

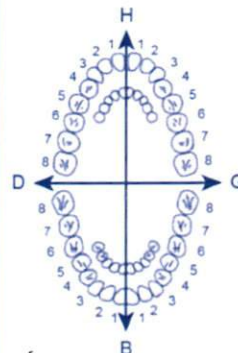
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	RC	IM	IV	
				</		

VOLET ADHERENT

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



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Casablanca, le :

**26/05/2021**

**MME MEKOUAR SOUAD**

ECG + Echographie Cardiaque

*FEUR*



**Dr. Kamal LAHBABI**  
ONCOLOGUE - RADIOTHERAPEUTE ①  
Centre International d'Oncologie de Casablanca  
4, Route de l'Oasis Rue des Alouettes - Casablanca  
Tél : 05 22 77 81 81 • Fax : 05 22 99 65 74

Compte rendu d'écho doppler cardiaque de

MADAME MEKOUAR SOUAD

- DTD VG 47 mm                      FE VG 83 %
  - DTS VG 23 mm                      PRVG 51 %
  - SIV 10 mm
  - PP 9 mm
  - Aorte 28 mm                      OG 40 mm SOG 18 cm<sup>2</sup> SOD 9 cm<sup>2</sup>
- ↓ VG non dilaté non hypertrophié siège d'une bonne contractilité globale et segmentaire  
Bonne fonction systolique VG  
E/E'9
- ↓ OG non dilatée libre de thrombus visible par voie trans-thoracique
- ↓ Insuffisance mitrale minime grade I à mitrale peu épaissie sans prolapsus pas de RM
- ↓ insuffisance aortique minime grade I à valve peu épaissie tricuspide pas de sténose aortique
- ↓ Cavités droites non dilatées SIA intact, valves tricuspide et pulmonaire fines sans sténose  
Bonne fonction systolique longitudinale VD (TAPSE 19 mm, S' 11 cm/s), PAPS 20 mmHg
- ↓ Péricarde sec
- ↓ Aorte normale

Conclusion

Bonne fonction systolique VG FEVG 83% avec pressions de remplissage VG normales

Insuffisance mitrale minime pure

Insuffisance aortique minime pure

Pas d'hypertension pulmonaire significative

Professeur Malika NOUREDDINE  
Cardiologue  
71, Rue Mohammed VI  
Quartier des hôpitaux, Casablanca  
Tél.: 05 22 86 57 52 / 06 64 86 46 44



Professeur Malika NOUREDDINE

CASABLANCA 27/05/2021

Spécialiste des maladies du cœur et des vaisseaux

INPE: 091026849

ICE: 002233936000074

FACTURE MADAME MEKOUAR SOUAD

CONSULTATION CARDIOLOGIQUE + ECG: 300 DIRHAMS

ECHOCOEUR + ECHODOPPLER CARDIAQUE : 700 DIRHAMS

Professeur Malika NOUREDDINE  
Cardiologue  
71, Rue Abou Alou Zahr  
Quartier des Ingénieurs, Casablanca  
Tel.: 05 22 86 57 62 / 05 64 86 46 44



Nom pat.:

MeBouar Saoud

FC: 78/min

No pat. :

Intervalles:

No réf. :

RR 771 ms

Né:

P 120 ms

Age:

PQ 176 ms

Ethnie:

RS 80 ms

Taille:

QT 386 ms

Poids:

QTC 444 ms

TA:

Axes:

P (II) 0.08 mV

Méd:

P 29 °

S (V1) -0.70 mV

DR NOUREDDINE

QRS 24 °

R (V5) 1.11 mV

AT-101

1.25 Mn

T -2 °

Sokol. 1.99 mV

Je 27-MAI-21 10:08:13

Professeur Malika NOUREDDINE  
Cardiologue  
71, Rue Abou Alaa Zaher  
Quartier des hôpitaux - Casablanca 44  
Tel.: 05 22 86 57 52 / 06 64 86 46 44

25 mm/s

0.05-35Hz F50 55F 5B5

1.25 Mm

Je 27-MAI-21 10:08:03

III

aVF

U3

U6

II

aVL

U2

U5

I

aVR

U1

U4

10 mm/mV

10 mm/mV

1.2 NOURDINE

AT-101