

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

- 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.

N° W19-533625

168929

| | | | |
|--|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 9598 | Société : RAM | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : FLAYOU ABDELAZIZ | | | |
| Date de naissance : 05/06/1969 | | | |
| Adresse : LOTISSEMENT HAJ FATEH N° 145 1 ^{ER} ETAGE | | | |
| Tél. : 06.61.87.52.07 | Total des frais engagés : 1994,3 Dhs | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| <p>Dr. Youssef DRISSI CARDIOLOGUE 100 Bd Oum El Bouaghi - Casablanca - Tél. 05 22 93 86 00</p> | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| Date de consultation : 27-04-2023 | | | |
| Nom et prénom du malade : FLAYOU ABDELAZIZ Age : | | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : Dyslipidémie - Varices | | | |
| 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 : 21 JUIL 2023 | | | |
| Signature de l'adhérent(e) : R ACCUEIL | | | |



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 27/04/23 | G | 3000.00 | | INP : 91157674 Dr. Youssef DRISSI CARTOLOGUE 100 Bd. Oum El Kheïr - Casablanca - Tel. 05 22 93 86 00 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| <i>DR. PHARMA Casablanca - Tel. 05 22 93 86 00</i> | 27/04/23 | 624.30 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

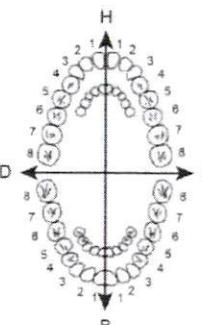
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

| | |
|-------------------------|--|
| COEFFICIENT DES TRAVAUX | |
| MONTANTS DES SOINS | |
| DEBUT D'EXECUTION | |
| FIN D'EXECUTION | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX | |
| MONTANTS DES SOINS | |
| DATE DU DEVIS | |
| DATE DE L'EXECUTION | |

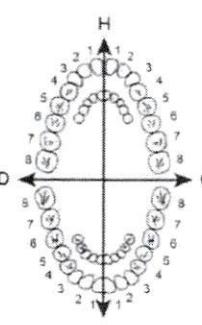


O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433562 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| G | 00000000 | 11433553 |
| B | 35533411 | |

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Youssef DRISSI

Spécialiste des maladies
du Coeur et des Vaisseaux

Ancien Médecin Interne
des Hôpitaux de Paris

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



دكتور يوسف الإدريسي

أمراض القلب والشرايين

طبيب سابق بمستشفيات باريس

الفحص بالصدى بالأتوان

- الهولتر -

Casablanca, le

27-04-23

FLA YOUSSEF ABDELAZIZ

~~Net 100~~ 72
1) Crestor 10 1/1

~~2210~~ 72
2) Askardil 75 1/1

3) Dafilon 500 1-0
~~12270~~
624,20

(x3 times)

Maphar
Bd Aïkizia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V : 167,00 DH
6 118001 183111

Maphar
Bd Aïkizia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10mg cp pell b3
P.P.V : 167,00 DH
6 118001 183111

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés
PPU 22DH40
EXP 11/2024
LOT 26014 4

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés
PPU 22DH40
EXP 12/2024
LOT 26014 6

~~Dr. Youssef DRISSI~~
CARDIOLOGUE
100 Bd. Oum Rabii Hay Hassen
Casablanca - Tél: 05 22 93 86 00

246400030-04
12270

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

100, bd. Oum Rabii - Résidence Al Ofoq (près de la Polyclinique CNSS) Hay Ha

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

Docteur Youssef DRISSI

Spécialiste des maladies
du Coeur 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

17-07-23

FLAYOL ABDELAZIZ

Note d'honorai

pour Elmo Cardio

1000,00 DH

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

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

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

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

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

COMPTE RENDU D'ECHO-DOPPLER CARDIAQUE

NOM : FLAYOU
PRENOM : ABDELAZIZ
DATE D' EXAMEN : 17.07.2023

Aorte ascendante de taille normale = 33 mm. Oreillette gauche, de taille (12 cm²) et cinétaire normales, sans thrombus visible.

Ventricule gauche de taille normale (48 mm/27 mm), de cinétaire globale et segmentaire normales, avec FR à 42 % et FE à 73 %. Pas d' HVG : ESIVd = 8 mm, EPPd = 8 mm.

PRVG basses. Pas de trouble de la fonction diastolique : E/A = 1,3.

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 VD.

AU TOTAL :

Bonne fonction systolo-diastolique du VG.

PRVG basses. Pas de valvulopathie.

Pas d'épanchement péricardique.

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

17/07/2023 11:59:10

43 bpm

17/07/2023 11:59:10

43 bpm

I II III aVR aVL aVF V1 V2 V3 V4 V5 V6

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

Cardioline ECG100L 2.01.7025 SN:0628181F