

# 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage 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



## Declaration de Maladie

N° W21-776233

*No 763*

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>95-98</b>		Société : <b>RAM</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>FLAYYOU ABDELAZIZ</b>			
Date de naissance : <b>05/06/1969</b>			
Adresse : <b>Appartissement Haj Foufek N° 145 1er Etage</b>			
<b>OURIFA - CASA -</b>			
Tél. : <b>06-64-87-5207</b> Total des frais engagés : <b>9 236,30 Dhs</b>			

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : <b>Dr. Youssef DRISSI CARDIOLOGUE 100 Bd Ourika 10000 Hay Hassen Casablanca - Tel. 05 22 93 86 00</b>			
Date de consultation : <b>17/07/2023</b>			
Nom et prénom du malade : <b>FLAYYOU ABDELAZIZ</b> Age : .....			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>Dyslipidémie - Verteilles</b>			
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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	
N° W21-776233	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	

Matricule : **95-98**  
 Nom de l'adhérent(e) : **FLAYYOU ABDELAZIZ**  
 Total des frais engagés : **9 236,30 Dhs**  
 Date de dépôt : **03/08/23**

## **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
17-07-23	CH	30000	INP : 19 MARS 2023 Dr. YOUSSEF DRABE	
17-07-23	Elm cardio	100000	Dr. YOUSSEF DRABE CARDIOLOGUE Hassan 93 56 60	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/06/23	936,30

## **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
		A M	P C	I M	I V	

#### **VOLET ADHERENT**

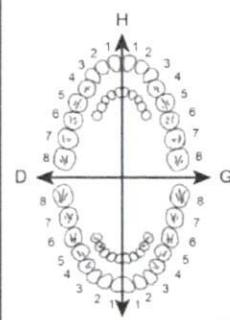
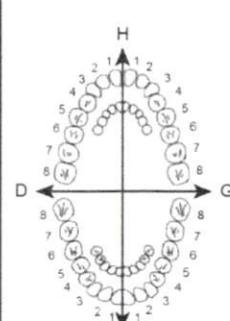
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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



# الدكتور يوسف الإدريسي

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

طبيب سابق بمستشفيات باريس

الفحص بالصدى بالألوان

- الهولتر -

17.07.12

Casablanca, le

( tir 3 mois )

فوجيوا أكتوبر ٢٠١٢

⌚ Crestor 10 16  
16.07.12

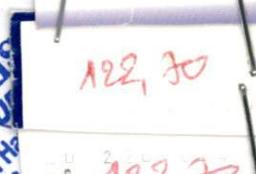
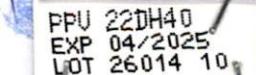
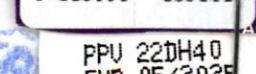
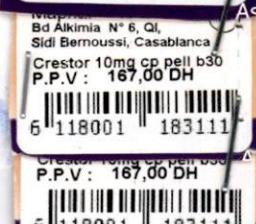
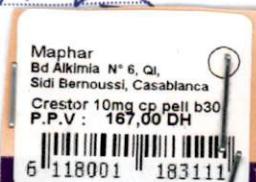
⌚ Rebox 50 mg 12  
22.07.12

⌚ Dofetilide 100 mg 1  
22.07.12

✓ 936.30

STE PHARMACIE HAMZA  
CASABLANCA  
Lotis. Hay Hassani N° 3 Lot. 64  
Casablanca - Tél: 0522 93 10 33

Youssef DRISI  
CARDIOLOGUE  
100 Bd. Oum Errabi H.  
Casablanca - Tél: 0522 93 10 33



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 : 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'honoraria

pour Dr. 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

المستعجلات : 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 cm<sup>2</sup>) et cinétique normales, sans thrombus visible.

Ventricule gauche de taille normale (48 mm/27 mm), de cinétique 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*