

# 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.

## Biologie 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.

## Educational :

- 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 canaux, 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 canaux.

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

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](http://www.mupras.com)



4y0-B

## Déclaration de Maladie : N° P19-0016705

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 549 Société : .....  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....  
 Nom & Prénom : ..... Date de naissance : .....  
 Adresse : .....  
 Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ...../...../.....  
 Nom et prénom du malade : ..... Age : .....  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : .....  
 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° P19-0016705

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 : .....  
 Nom de l'adhérent(e) : .....  
 Total des frais engagés : .....  
 Date de dépôt : .....



### 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

### 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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

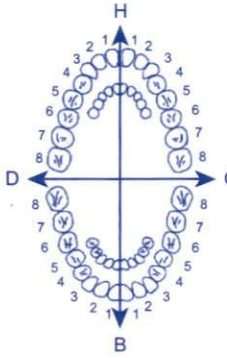
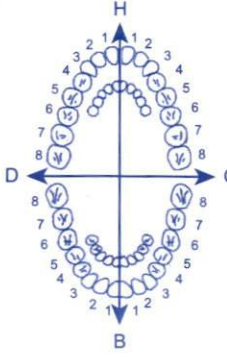
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### 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 canaux, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>             H              25533412              00000000              D              00000000              35533411           </div> <div>             21433552              00000000              G              00000000              11433553              B           </div> </div> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux
	H 25533412   21433552 00000000   00000000 00000000   00000000 35533411   11433553			Montant des soins
	(Création, Remont, adjonction)			Date du devis
	Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de

Visa et cachet du praticien

Visa et cachet du praticien

**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

W18-394647

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 549

Nom & Prénom NAHRO MOHAMMED

Fonction : Retraité Phones 0633 200 680

Mail big.nahro

Signature de  
l'adhérent  
Signature de  
l'adhérent

MEDECIN

Prénom du patient Mohamed

Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐ Age .....

Date 19/4/2019

Nature de la maladie  
Cardiopathie ischémique

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

Stg

1

950,00

PHARMACIE

Date 19.4.19

Montant de la facture

618,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date : .....

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

Echographie  
Cardiologie

650,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date : .....

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

Honoraires

30 AVR. 2019

ACCUEIL

Case - Tél: 0522 98 07 00  
20, Rue de France Ville - Oasis  
Dr. Mohamed ALKADIMI  
Cardiologue  
PHARMACIE ZUMA  
27, Rue Amine KADIMI  
Sté Plateau Lycée Al Wahda  
Tél: 022.99.43.95 - Cas  
Case - Tél: 0522 98 07 00  
20, Rue de France Ville - Oasis  
Dr. Mohamed ALKADIMI  
Cardiologue  
PHARMACIE ZUMA  
27, Rue Amine KADIMI  
Sté Plateau Lycée Al Wahda  
Tél: 022.99.43.95 - Cas





PPV: 49.60 DH  
LOT: 18K17  
EXP: 11/2021

49,60

PPV: 49.60 DH  
LOT: 18K17  
EXP: 11/2021

49,60

UT. AV.: 02 21 P.P.V  
19 00  
LOT N°: 1254698

09366138/3

UT. AV.: 02 21 P.P.V  
119 00  
LOT N°: 1254715

09366138/3

PPV :  
Exp :  
N° Lot :

47,9

LOT : 181559  
UT AV : 11/2021  
PPV : 59,00DH

UT. AV.:

LOT N°:

PPV (DH) Add

PPV :  
Exp :  
N° Lot :

17,90



ASKARDIL 75 mg 30 comprimés dispersibles  
22,40  
PPV 22DH40  
EXP 09/2020  
LOT 88011 2

ASKARDIL 75 mg 30 comprimés dispersibles  
22,40  
LOT 88011 5  
EXP 10/2020  
PPV 22DH40

PPV(DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

095518 12/23  
PPV: 37DH00

145,90



مصلحة أمراض القلب الدار البيضاء - الوازيس

**CLINIQUE Cardiologique Casa-Oasis**

Cardiologie / Cardiologie Interventionnelle / Radiologie Vasculaire Interventionnelle

Chirurgie Cardio Vasculaire et Thoracique

**Coro-Scanner / 128 barrettes**

61910119

nr N+H20 few

fauc Echoc doppler Carotides

Carotides pathologie ischémiques

avec flutras a pical

Dr. Mohamed ALLAOUI  
Cardiologue  
20, Rue France Ville - Oasis  
Casa - Tél: 0522 98 07 06

Clinique Cardiologique  
Casa Oasis  
20, Rue de France Ville, Oasis - CASI  
Tél: 05 22 98 07 06 - Fax: 05 22 98 83 25

20, Rue France Ville - Oasis - CASABLANCA 20000 الدار البيضاء - الوازيس - زنقة فرانس فيل - 20.

Tél: 05 22 98 75 75 / 05 22 98 07 06 / 05 22 99 49 72 - Fax: 05 22 98 83 25 - GSM: 06 72 29 45 14 - 06 72 29 47 13 - 06 72 29 48 72

E-mail: clinique\_cardiologique@hotmail.com - Patente: 34788311 - C.N.S.S: 7379622 - I.F.: 01006967 - I.C.E: 001782131000089

N° Cpte: 190 780 21211 430 4969 0009 74 Banque Centrale Populaire - Casablanca



مصلحة أمراض القلب الدار البيضاء - الوازيس  
**CLINIQUE Cardiologique Casa-Oasis**  
Cardiologie / Cardiologie Interventionnelle / Radiologie Vasculaire Interventionnelle  
Chirurgie Cardio Vasculaire et Thoracique  
**Coro-Scanner / 128 barrettes**

Casablanca, le 19 Avril 2019

Mr NAHRO Mohamed

FACTURE N°0365/19

Date	Désignation	QT	Montant
19/04/2019	Echograohie Cardiaque	1	0,00 650,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
			650,00

Arrêtée la présent facture à la somme de :

Six cent cinquante dirhams (650,00 dhs).

Dr. Mohamed ALLAOUI  
Cardiologue  
20, Rue France Ville - Oasis  
Casa - Tél: 0522 98 07 06

Clinique Cardiologique  
Casa Oasis  
20, Rue de France Ville - Oasis - Casa  
Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25

20, Rue France Ville - Oasis - CASABLANCA 20000 الدار البيضاء - الوازيس - زنقة فرانس فيل

Tél. : 05 22 98 75 75 / 05 22 98 07 06 / 05 22 99 49 72 - Fax : 05 22 98 83 25 - GSM : 06 72 29 45 14 - 06 72 29 47 13 - 06 72 29 48 72

E-mail : clinique\_cardiologique@hotmail.com - Patente : 34788311 - C.N.S.S : 7379622 - I.F. : 01006967 - I.C.E : 001782131000089

N° Cpte : 190 780 21211 430 4969 0009 74 Banque Centrale Populaire - Casablanca



مصحة أمراض القلب الدار البيضاء - الوازيس  
**CLINIQUE Cardiologique Casa-Oasis**  
Cardiologie / Cardiologie Interventionnelle / Radiologie Vasculaire Interventionnelle  
Chirurgie Cardio Vasculaire et Thoracique  
**Coro-Scanner / 128 barrettes**

Casablanca, le 19 Avril 2019

Mr NAHRO Mohamed

FACTURE N°01090/19

Date	Désignation	QT	Montant
19/04/2019	Consultation Cardiologique	1	0,00 250,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
			<b>250,00</b>

Arrêtée la présent facture à la somme de :  
Deux cent cinquante dirhams (250,00 dhs)

Dr. Mohamed ALLAOUI  
Cardiologue  
20, Rue France Ville - Oasis  
Casa - Tél: 0522 98 07 06

Clinique Cardiologique  
Casa Oasis  
20, Rue de France Ville - Oasis - Casa  
Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25

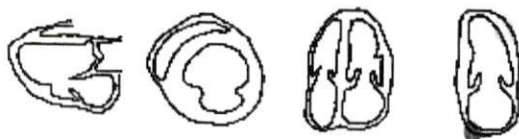


# CLINIQUE DU COEUR CASA-OASIS

Date 19/04/2019

Nom **nahro, mohammed**

Diagnostic



X	Non-interprétable	(---)	■	Dyskinétique	(4.0)
■	Normal	(1.0)	■	Anévrysmal	(5.0)
2	Hypokinétique	(2.0)	■	Akinétique avec cicatrice	(3.0)
■	Akinétique	(3.0)	■	Dyskinétique avec cicatrice	(4.0)

## 2D

OG Surf  
OD Surf

23.4 cm<sup>2</sup>  
12.5 cm<sup>2</sup>

## M-Mode

## Doppler

VM E Vit	0.98 m/s
VM Tdéc	173 ms
VM Pente Déc	5.7 m/s <sup>2</sup>
VM A Vit	0.87 m/s
VM E/A Ratio	1.13
E'	0.07 m/s
E/E'	14.70
VM Dur A	148 ms
VA Vmax	1.58 m/s
VA Vmoy	1.09 m/s
VA GDmax	9.92 mmHg
VA GDmoy	5.34 mmHg
VA Durée	320 ms
VA ITV	34.8 cm
FC	60 BPM
VPulm A Duree	148 ms

## Resultats

- VG non dilaté, non remodelé, non hypertrophié, légère hypokinésie apicale, pressions de remplissage basses
- absence d'anévrysme thrombus de 24/11mm
- OG légèrement dilatée, libre déchos
- VM souple, IM centrale grade II
- VAo souple, flux normal, LAo grade I
- Cavités droites non dilatées

- Absence d'HTAP
- Péricarde sec
- VCI non dilatée

**Conclusion**

1. Aspect de cardiopathie ischémique FE 50%.  
thrombus apical  
IM grade II  
bon VD

Dr. Mohamed ALLAOU  
Cardiologue  
20, Rue France Ville - Oasis  
Cosa - Tél. 0522 98 07 06




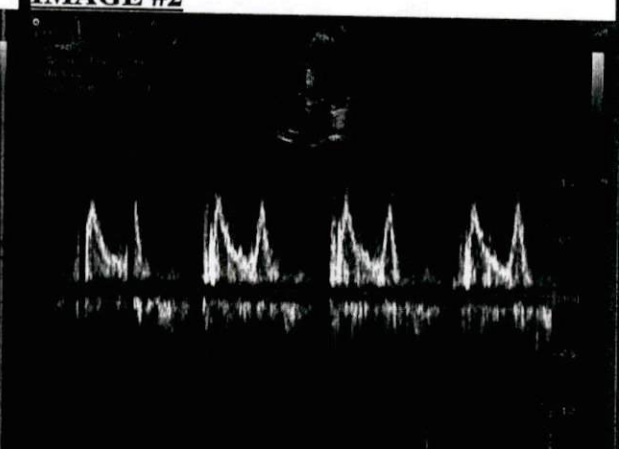


**GE Medical Systems**

GE Echocardiography  
Cardiology department  
Echolab, GE Hospital  
Phone: 11223344

**CARDIAC REPORT IMAGES**

<i>Patient Name : nahro, mohammed</i> <i>Date of birth :</i> <i>Patient Id : NAHROMO_33063</i> <i>Gender : Homme</i> <i>Height :</i> <i>Weight :</i> <i>BSA :</i> <i>BP :</i>	<i>Date of study : 19/04/2019</i> <i>Sonographer : USR</i> <i>Referral Dr :</i> <i>Diagnosis Dr :</i> <i>Tape :</i>
--	---

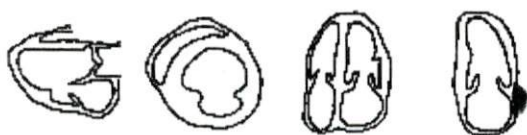
<b>IMAGE #1</b> 	<b>IMAGE #2</b> 
<b>IMAGE #3</b>	<b>IMAGE #4</b>

# CLINIQUE DU COEUR CASA-OASIS

Date 19/04/2019

Nom nahro, mohammed

Diagnostic



X	Non-interprétable	(---)	■	Dyskinétique	(4.0)
■	Normal	(4.0)	■	Anévrysmal	(5.0)
2	Hypokinétique	(2.0)	■	Akinétique avec cicatrice	(3.0)
■	Akinétique	(3.0)	■	Dyskinétique avec cicatrice	(4.0)

## 2D

OG Surf  
OD Surf

23.4 cm<sup>2</sup>  
12.5 cm<sup>2</sup>

## M-Mode

## Doppler

VM E Vit	0.98 m/s
VM Tdéc	173 ms
VM Pente Déc	5.7 m/s <sup>2</sup>
VM A Vit	0.87 m/s
VM E/A Ratio	1.13
E'	0.07 m/s
E/E'	14.70
VM Dur A	148 ms
VA Vmax	1.58 m/s
VA Vmoy	1.09 m/s
VA GDmax	9.92 mmHg
VA GDmoy	5.34 mmHg
VA Durée	320 ms
VA ITV	34.8 cm
FC	60 BPM
VPulm A Duree	148 ms

## Resultats

- VG non dilaté, non remodelé, non hypertrophié, légère hypokinésie apicale, pressions de remplissage basses
- absence d'anévrysme thrombus de 24/11mm
- OG légèrement dilatée, libre déchos
- VM souple, IM centrale grade II
- VAo souple, flux normal, LAo grade I
- Cavités droites non dilatées



ID:  
D-naiss  
ans,

19-Avr-2019 13:01:36

Fréq. Card. 61 BPM  
Int PR: 277 ms  
Dur. QRS 134 ms  
QT/QTc 396/399 ms  
Axes P-R-T -34 -67 0

Clinique Cardiologique  
Casa Oasis  
20, Rue de France - 91000 Evry - C.A.S.A.  
Tél: 01 67 22 07 04 - Fax: 01 67 22 08 25

TA 16/06.

