

# 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.

## Ordonnance :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Educateur :

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.

## Prothèse :

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

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 - 8ème 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



## Déclaration de Maladie

N° P19-0035613

ND: 34445

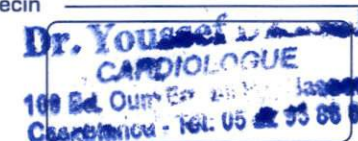
☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3073 Société : Retraite RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ESSAKHI Brahim  
Date de naissance : 01-07-53  
Adresse : Résidence Al Hadamoun - Rue 8 n° 15  
EL OULFA CASABLANCA  
Tél : 0663990181 Total des frais engagés : 2341.00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/07/2020  
Nom et prénom du malade : ESSAKHI Brahim Age : 67 ans  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : HTA  
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 11/07/2020  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]






# 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| M. 07 2020      | SL                | 300,00                |                                 | <br><b>Dr. Youssouf Diarra</b><br><b>Cardiologue</b><br>80 Bd. Quatre-Frères<br>Casablanca - Tél: 05 22 13 88 00 |
| M. 07 2020      | EL                | 1000,00               |                                 |   |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date    | Montant de la Facture |
|--|---------|-----------------------|
| <br><b>PHARMACIE SARANAZ</b><br>140 Lot. Amratalda Lissasfa<br>Casablanca<br>Tél/Fax: 05 22 65 20 07 | M 10/12 | 1 = 1041,5            |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

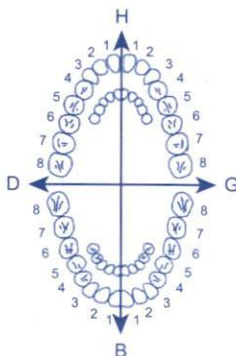
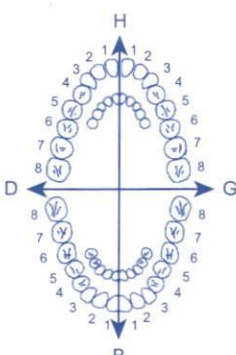
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan d

| 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE<br><div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             H<br/>             25533412<br/>             00000000<br/>             D           </div> <div>             21433552<br/>             00000000<br/>             G           </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             00000000<br/>             35533411<br/>             B           </div> <div>             00000000<br/>             11433553<br/>             G           </div> </div> |                  |             | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                  |             | 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'EX

# 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

17.07.2007



6 118001 100873

Cardensiel® 5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 58,10 DH

7862160239

*(Handwritten notes and prescriptions in Arabic and French, including drug names like Cardensiel, Vaslor, Lpstatyl, Zyloric, Tenothyp, and Tenothyp TO, along with dosages and dates.)*

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 :



6 118001 181636  
maphar  
ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc  
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30  
P.P.V. : 116,80 DH

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH  
7862160342

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH  
7862160342

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH  
7862160336

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH  
7862160342

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH  
7862160342

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH  
7862160342

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH  
7862160336

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH  
7862160336

608070A  
maphar  
ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc  
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30  
P.P.V. : 116,80 DH  
6 118001 181636

LOT 200374  
EXP 02 2024  
PPV 31.30

LOT 200373  
EXP 02 2024  
PPV 31.30

LOT 200374  
EXP 02 2024  
PPV 31.30

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH  
7862160336

ZYLORIC 200 mg  
Boîte de 28 comprimés  
A.M.M. N° 52 DMP/21/NETT  
SOTHEMA BOUSKOURA  
Remboursable AMO  
6 118000 022244

maphar  
ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc  
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30  
P.P.V. : 116,80 DH  
6 118001 181636

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH  
7862160342

103,00

Cardensiel® 5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 58,10 DH  
6 118001 100873  
7862160239

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH  
7862160336

VASCOR LM 35mg  
60 comprimés pelliculés  
6 118000 081890

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH  
7862160336

**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 11-07-2020

ESSAKHI BRAHIM

Facture :

Note d'he

pour Echo Cardio

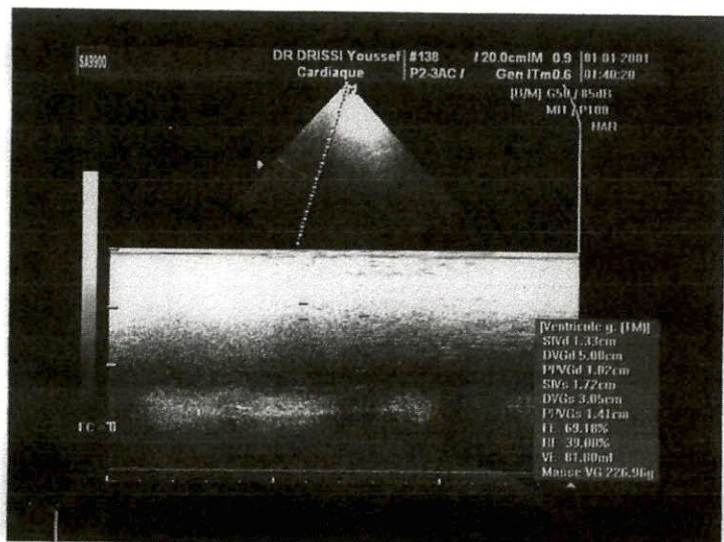
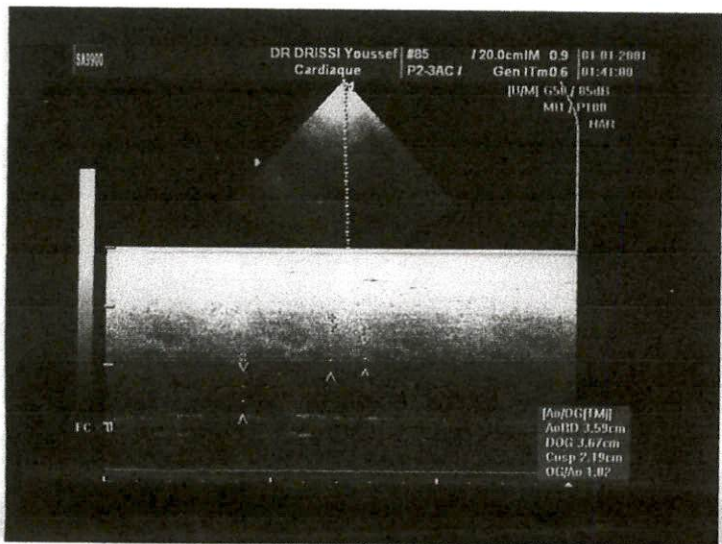
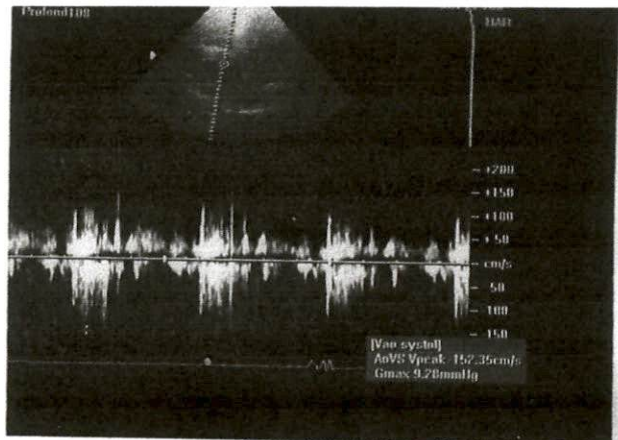
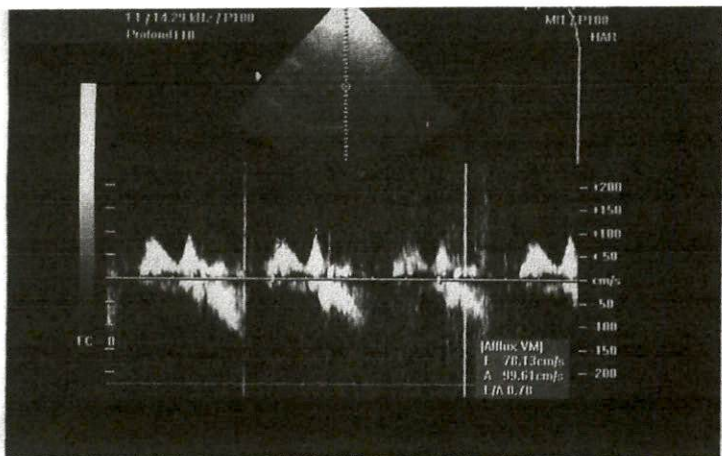
1000,00 dh

**Dr. Youssef DRISSI**  
**CARDIOLOGUE**  
100 Bd. Oum Rabii - Casablanca - Tél: 05 33 86 00

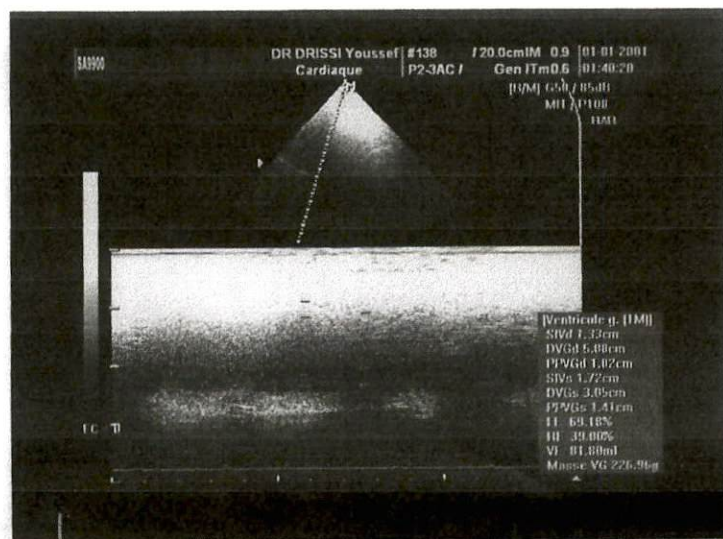
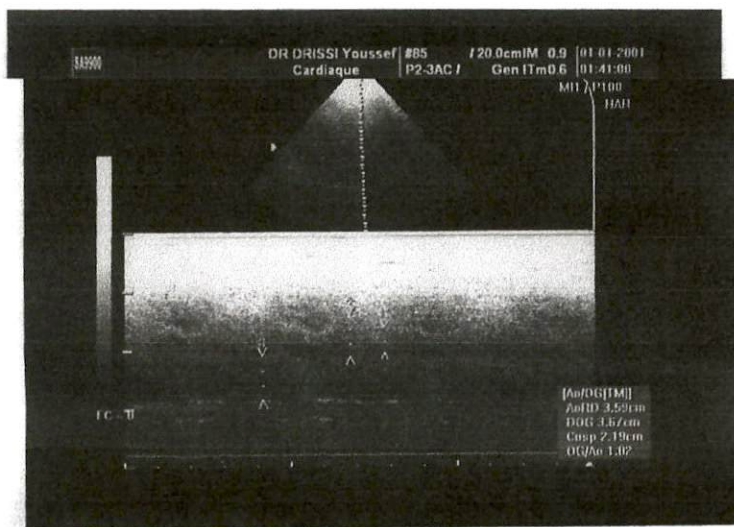
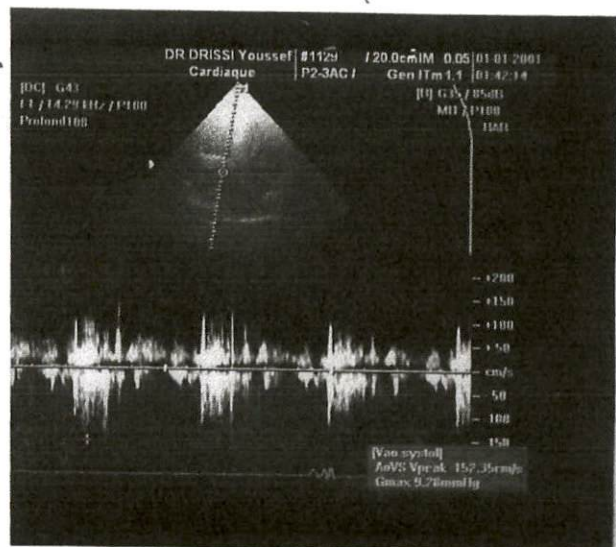
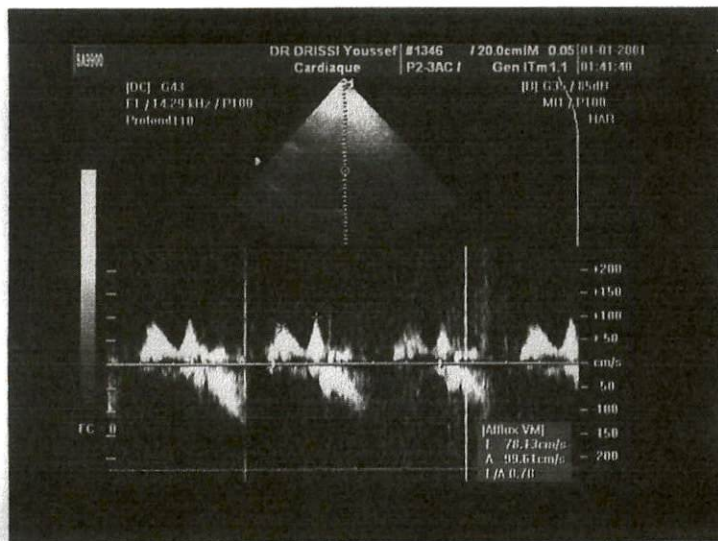
100، شارع أم الربيع - إقامة الأفق - الحي الحسني - الدار البيضاء

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

المستعجلات : 0661 08 02 82 - Urgences : 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 : ESSAKHI  
PRENOM : BRAHIM  
DATE D'EXAMEN : 11.07.2020

Aorte ascendante de taille normale = 35 mm. Oreillette gauche, de taille (36 mm) et cinétique normales, sans thrombus visible.

Ventricule gauche de taille normale (50 mm/30 mm), de cinétique globale et segmentaire normales, avec FR à 39 % et FE à 69 %.

HVG septale : ESIVd = 13 mm, EPPd = 10 mm.

PRVG basses. Trouble de la fonction diastolique : E/A = 0,7.

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. VD = 21 mm.

### AU TOTAL :

Cardiopathie hypertensive avec trouble de la relaxation du VG.

Fonction systolique du VG conservée.

Pas de valvulopathie.

Pas d'épanchement péricardique.

A handwritten signature in black ink is visible in the bottom right corner of the page. Below the signature, there is a faint, circular official stamp or seal, partially obscured by the signature.



