

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.

Éducation :

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.

Traitement :

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
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 - 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0044589

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1359 Société : 61603

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MEKHOURE BOUAZZA

Date de naissance : 1969

Adresse : Hay Saïda N°18 L'Anjoune

Tél. : 06 23 39 51 99 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : MACCHONE BOUAZZA Age : 72 ans

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

Nature de la maladie : tumeur de l'utérus

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 : 01 / 03 / 2021

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
04/01/21	ca	2	3000	
04/11/21	analyse	1		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture



04/01/2021

579,00

Code: 102025178

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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


 Med V, résidence Oum El kheir 1,
 Appt. 01. Tabriquet - Salé
 Tél/Fax : 0537 86 01 02
 GSM : 0662 212 213

04/01/2021

B40

65,11

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre des Honoraires Montant détaillé des Honoraires

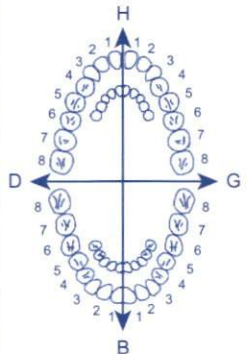
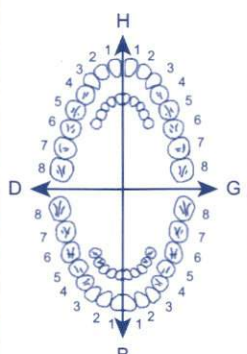
AM PC IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																				
				MONTANTS DES SOINS																				
				DEBUT D'EXECUTION																				
				FIN D'EXECUTION																				
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D				00000000	35533411	00000000	11433553	B				COEFFICIENT DES TRAVAUX
H		G																						
25533412	00000000	21433552	00000000																					
D																								
00000000	35533411	00000000	11433553																					
B																								
				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'EXECUTION

**Spécialiste des Maladies du Coeur, des Vaisseaux
et de l'Hypertension Artérielle -
Echo Doppler Cardiaque - Echo Doppler Vasculaire
Holter E.C.G tensionnel Epreuve d'Effort**



الدكتورة البكري بشرى
إختصاصية في أمراض القلب
الشرائين والضغط الدموي
الفحص بالصدى والأمواج الكهربائية

Salé, le 04/04/2021 : سلافي

Dr. M. S. Kumar. B.A. 200A

(No de 3ms)

in English

28

Srinivasan

On 12/8

Location

Conserved 5

Manaf ^{ms}

2/8/22

0267
ELBERKSI BOULVARD
CARDIOLOGUE
Résidence Oum Elkhir Apt. 3
N. Mohamed V, Tabrouquet - Salé
GSM : 05 37 86 64 64

579.00

Rés. Oum Elkheir I, Appt. 3 1er Etg. Avenue Mohamed V Tabriquet - Salé
(entre la poste et clinique tabriquet) Tél/Fax : 05 37 86 64 64 elbekrib@gmail.com



6 118001 100873

Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/80
PPV: 58,10 DH

7862180239



6 118001 100873

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

7862180239

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
LOT : 20E020
PER : 05 2024



6 118000 060468

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
LOT : 20E017
PER : 05 2024



6 118000 060468

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
LOT : 20E015
PER : 01 2024



6 118000 060468

43,00

PPV 43DH00
PER 09/22
LOT J2428

PPV: 43DH00
PER: 06/22
LOT: J1912

PPV: 43DH00
PER: 04/22
LOT: J1295

61 01 22
LOT PER
Prix 55,00

15 COMPRIMÉS EFFRÉSSENTS
ARÔME ORANGE SANGUINE
SANS GLUTEN
LOT 67 0623
PER
Prix 55,00
VITAMINES B6, B12

4 ملغ
سنتروم
أسينوكونومارول

Sintrom® 4 mg 
Acénocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

SYNTHEMEDIC

22-24 Rue Zoubeir Ibnou
El Aouam 20500 Casablanca

PPV :
Exp :
N° Lot :

P.P.V: 20.00



4 ملغ
سنتروم
أسينوكونومارول

Sintrom® 4 mg 
Acénocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

SYNTHEMEDIC

22-24 Rue Zoubeir Ibnou
El Aouam 20500 Casablanca

PPV :
Exp :
N° Lot :

P.P.V: 20.00



4 ملغ
سنتروم
أسينوكونومارول

Sintrom® 4 mg 
Acénocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

SYNTHEMEDIC

22-24 Rue Zoubeir Ibnou
El Aouam 20500 Casablanca

PPV :
Exp :
N° Lot :

P.P.V: 20.00



4 ملغ
سنتروم
أسينوكومارول

Sintrom® 4 mg 
Acénocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

SYNTHEMEDIC

22-24 Rue Zoubeir Ibnou
El Aouam 20500 Casablanca

PPV :
Exp :
N° Lot :

P.P.V: 20.00



4 ملغ
سنتروم
أسينوكونومارول

Sintrom® 4 mg 
Acénocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

SYNTHEMEDIC

22-24 Rue Zoubeir Ibnou
El Aouam 20500 Casablanca

PPV :
Exp :
N° Lot :

P.P.V: 20.00



4 ملغ
سنتروم
أسينوكونومارول

Sintrom® 4 mg 
Acénocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

SYNTHEMEDIC

22-24 Rue Zoubeir Ibnou
El Aouam 20500 Casablanca

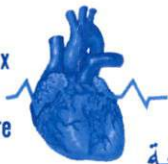
PPV :
Exp :
N° Lot :

P.P.V: 20.00



Dr. ELBEKRI Bouchra

Spécialiste des Maladies du Cœur, des Vaisseaux
et de l'Hypertension Artérielle
Echo Doppler Cardiaque - Echo Doppler Vasculaire
Holter E.C.G Tensionnel Epreuve d'Effort



الدكتورة البكري بشرى

إختصاصية في أمراض القلب
الشرايين والضغط الدموي
الفحص بالصدى والأمواج الكهربائية

Salé, le 04/04/21 سلا في :

Mr Mohamed Boudia

m 92 2111

CENTRE DE BIOLOGIE
TABRIQUET CBT - Salé
Av. Mohamed V, résidence Oum El Kheir 1,
Appt. 01, Tabriquet - Salé
Tél/Fax : 0537 86 01 02
GSM : 0662 212 213

Dr. ELBEKRI Bouchra
CARDIOLOGUE
Résidence Oum El Kheir I, Appt. 3
Av. Mohamed V, Tabriquet - Salé
GSM : 0537 86 64 64



Salé le 04/01/2021

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 040121-018 Pvt du: 04/01/2021 10:10

Nom : Mr MECHHOUR Bouazza

Page : 1/1

ANALYSES D'HEMOSTASE-COAGULATION

INR (Suivi de traitement par AVK)

(Technique : Chronométrique-STAGO)

Renseignements :

Nom du Médicament :

Sintrom

Sintrom (02/09/20)

Posologie Journalière :

Un jour 1/2cp et un jour 3/4 cp

1/2 cp/jr (02/09/20)

1/2 cp/jr (03/07/19)

1/2 cp/jr (01/04/19)

Un jour 3/4cp, un jour

1/2cp. (25/02/19) *

1/2 cp/jr (11/02/19)

(Sous réserve des informations fournies)

Temps de Quick Malade :

20,90 sec.

15,80 (02/09/20)

Taux de Prothrombine :

45,90 %

(70 - 100)

71,10 (02/09/20)

INR :

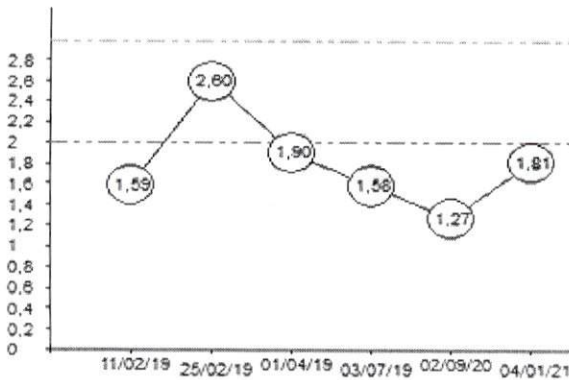
1,81

(2 - 3)

Résultat contrôlé

Interprétation :

- Prévention et traitement des thromboses veineuses : 2 - 3
- Prévention et traitement des embolies pulmonaires : 2 - 3
- Fibrillation auriculaire : 2 - 3
- Prothèse valvulaire : 3 - 4.5
- Thromboses systémiques récidivantes : 3 - 4.5



Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons bon rétablissement

Docteur N. HANDOR
Biologiste Médicale

CENTRE DE BIOLOGIE TABRIQUET CBT - Salé
Av. Med V, Résidence Oum El Kheir 1,
Tabriquet - Salé
Tél/Fax : 0537 86 01 02

Date

CENTRE DE BIOLOGIE TABRIQUET - CBT SALE

Av. Mohamed V, résidence OUM EL KHEIR 01, Appt: 01, Tabriquet, Salé

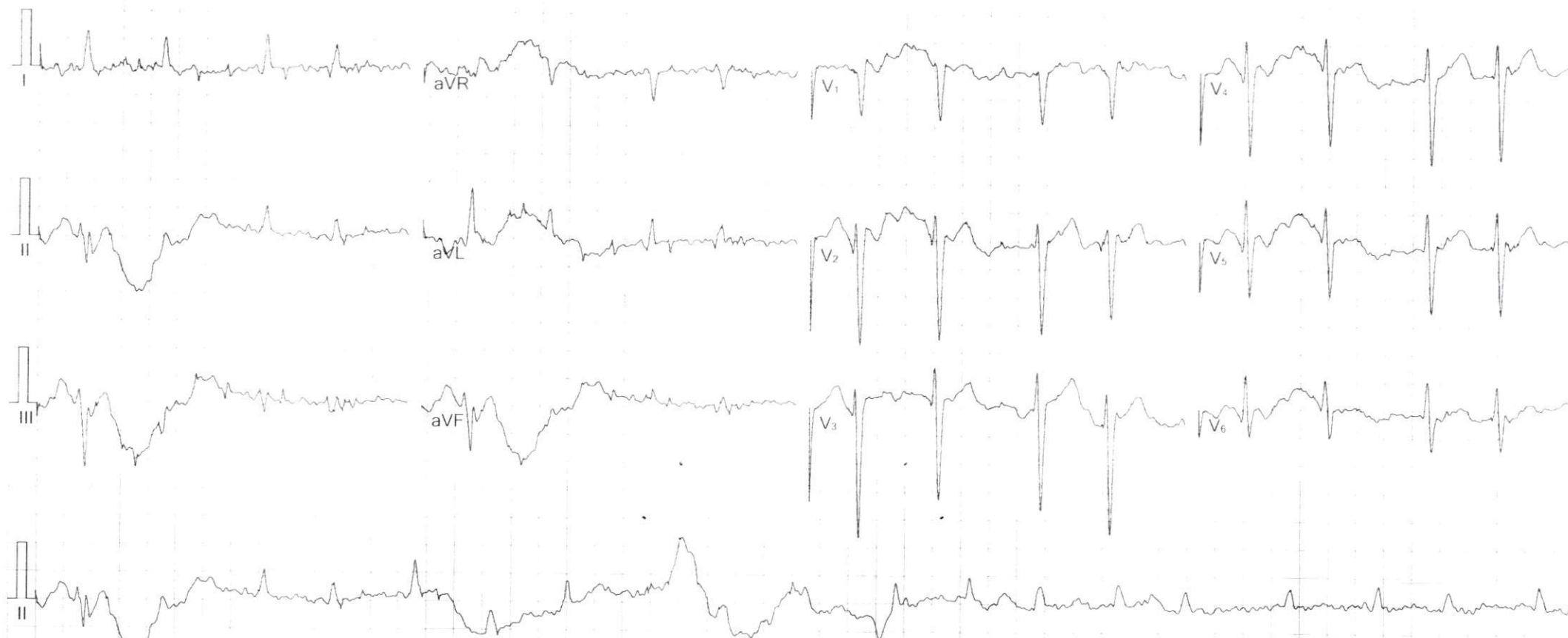
Tél / Fax : 05 37 86 01 02**Email** : centredebiologietabriquet.cbt@gmail.com**Facture****Patient** : Mr MECHHOUR Bouazza**Date prélèvement** : 04/01/2021

Analyses	Valeur en B	Montant
INR (Suivi de traitement par AVK)	40	53,60
Total B	40	53,60
APB	1,0	11,51
Majoration de garde		
Total		65,11

*Arrêtée la présente facture à la somme de : soixante-cinq dirhams et 11 centimes ****

**CENTRE DE BIOLOGIE
TABRIQUET CBT - Salé**
Av. Mohamed V, résidence OUM EL KHEIR 01,
Appt: 01, Tabriquet - Salé
Tél/Fax : 0537 86 01 02
GSM : 0662 212 213

10mm/mV 25mm/s



Fréquence : 1000 Hz Interval. PQ: 249 ms

Durée ECG: 14 s Interval. QT : 393 ms

FC : 88 bpm Interval. QTc : 476 ms

Durée P : 109 ms Axe P : 90.2°

Durée QRS : 112 ms Axe QRS : 10.0°

Durée T : 251 ms Axe T : 18.5°

Suggestion :

Total Batts 20, Batts Normaux 19,ESV 1,Tachycardie,*** Bloc de
branche gauche incomplet, - avec 1 bloc AV, ECG Anormal ECG,

Signature Médecin:

Filtre Principal:On Filtre ADS:On

CENTRE DE BIOLOGIE TABRIQUET - CBT SALE

Av. Mohamed V, résidence OUM EL KHEIR 01, Appt: 01, Tabriquet, Salé

Tél / Fax : 05 37 86 01 02 GSM : 06 62 212 213

Email : centredebiologietabriquet.cbt@gmail.com

Horaires d'ouverture:

Du Lundi au vendredi : 07 h 30 - 18 h 30

Le Samedi : 07 h 30 - 13 h 00

Prélèvement du: 04/01/2021 10:10

Patient : Mr MECHHOUR Bouazza

TPINR

Dossier: 040121-018

Total 50,00

Montant déjà réglé 50,00

Reste à payer 0,00

11h30

Salé, le 04/01/2021

Pvt du: 04/01/2021 10:10

Dossier: 040121-018

Mr MECHHOUR Bouazza



Reste à payer: 0,00