

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

AS : 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

MA7333

Déclaration de Maladie : N° P19-0017149

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1707

Société :

RGM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

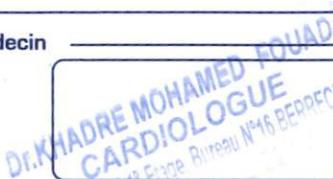
Nom & Prénom : GOUAEL Abdellah Date de naissance : 3-12-56

Adresse : Rue 6 N° 2 Hay Elhouda Becharia

Tél. 05 22 20 45 45 Total des frais engagés : 1208,5 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11-05-22

Nom et prénom du malade : Khader Fouad Age : 62

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

polyp

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 : Becharia

Le : 23/5/22

Signature de l'adhérent(e) :

JL

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
01/03/02	Contrôle		gratuit	 DR MOHAMED FAYEZ BERRADA CARDIOLOGUE 11 Bd Med 15 F-0090 BUREAU N°16 BERRECHID Tél: 05.22.38.88

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
DR. KHAO CARL 11-Bd Medecine 1000 Bruxelles Télé 22.22	01/03/22	ETT	+750,-

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
D	25533412 21433552
	00000000 00000000

The diagram shows a 12x12 grid of nodes, each containing a symbol (H, Y, or V). The nodes are arranged in a zigzag pattern. A vertical arrow labeled 'H' points upwards, a horizontal arrow labeled 'D' points to the left, and a diagonal arrow labeled 'G' points to the right. The grid is bounded by a solid line.

[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

Dr. KHADRE MOHAMED FOUD

Cardiologue

Lauréat de la faculté de médecine de Casablanca

Ancien Médecin à l'hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca

Ancien Médecin praticien à Klinikum Lüdenscheid Allemagne

Diplômé en Echocardiographie Doppler de l'université Bordeaux II



د. خضر محمد فؤاد

دكتور امراض القلب والشريان

دكتور كلية الطب بالدار البيضاء

طبيب سابق بمستشفى الشيف خالفة بالدار البيضاء

طبيب سابق بمستشفى لوادشيد بالمغرب

حاصل على شهادة الفحص بالصدى من جامعة بروجورنسا

Ordonnance

Berrechid, le :

BERRECHID LE 01 mars 2022

Mme KHARROUBAT MALIKA

REGIME PAUVRE EN SEL

163,20 SERDEP 20MG

1Cp/j le matin

37,00 BIPOL

BIPOL 2,5 mg
30 Comprimés pelliculés
sécables

6 118000 121299

MONMAG B6

1 GEL/J le soir

35,70 ALPRAZ 0,5 MG

1/2 Cp/J le Soir pendant 15 jours
puis 1/4 Cp/J le soir pendant 15 jours
puis 1/4 Cp/J 1J

99,00 LD-NOR 20MG

1Cp/J le soir



Traitements pendant : 2 Mois

1458150

الرياض
Dr. Shamil TANIR

Dr. Shamil TANIR
N°: 1-2 Mosquée Riad
Riyad (A côté du Géode Sport) / Beniatic
Tel / Fax: 05 22 33 08 22

Cabinet de cardiologie
DR KHADRE Mohamed Fouad

Berrechid, le 01/03/22

Note d'honoraires

Nous exprimons nos sincères salutations à

Mr/Mme khouroubat Malika

lui adresse, selon l'usage, sa note

d'honoraires.....

Faisant la somme de

Sept cent cinquante dinars

Cachet et signature

DR KHADRE MOHAMED FOUD
CARDIOLOGUE
M. BANOUT - Bureau N° 18 BERRECHID
Tél: 05.22.32.83.05

Dr. KHADRE MOHAMED FOUD

Cardiologue

Lauréat de la faculté de médecine de Casablanca

Ancien Médecin à l'hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca

Ancien Médecin praticien à Klinikum Lüdenscheid Allemagne

Diplômé en Echocardiographie Doppler de l'université Bordeaux II



د. خضر محمد فؤاد

أخصائي أمراض القلب والشرايين

خريج كلية الطب بالدار البيضاء

طبيب ساق بمستشفى الشيخ خليفة بالدار البيضاء

طبيب ساق بمستشفى لودنشتاين بالمانيا

حاصل على شهادة الفحص بالصدى من جامعة بوردو بفرنسا

Information patient

Nom : KHARROUBAT

PRENOM : MALIKA

DATE : 01/03/2022

MEDECIN TRAITANT : DR.M.F. KHADRE

COMPTE RENDU D'ECHOCARDIOGRAPHIE

- VG non dilaté, non hypertrophié, de bonne contractilité globale et segmentaire FEVG à 61%.
- Profil mitral type anomalie de relaxation E / A = 0.84, PRVG basses E / e' = 5.54.
- Massif auriculaire : OG dilatée libre d'échos. (SOG à 22cm²) : OD non dilatée libre d'échos. (SOD à 15cm²)
- Valve mitrale, IM minime, pas de RM.
- Valve aortique, sans fuite, ni sténose.
- Cavités droites non dilatées, Bonne fonction systolique du VD.
- IT minime estimant la PAPS à 20+5=25mmHg.
- VCI à 18mm non dilatée, compliant.
- Péricarde sec.

Conclusion :

Bonne fonction bi-ventriculaire, FEVG à 61%.

IM minime.

Pas d'HTP.

Signé: Dr M.F. KHADRE