

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 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.



Déclaration de Maladie

M22- 0022011

RTQ
ord BB
déjà env 5/6
recla
par wtp

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1359 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Mechhour Bouazza 135883
 Date de naissance : 1949
 Adresse : Quartier Essada Rue gdizia NR 18
 Tél. : 06.23.36.51.99 Total des frais engagés : 1372.30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 01/11/22
 Nom et prénom du malade : Mechhour Bouazza Age : 1949
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : ALD + Arythmie Cardiaque
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


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


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
01/11/2022	Exam	2		
01/11/2022	analyse	1		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/11/2022	1022.30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	01.11.22		50.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

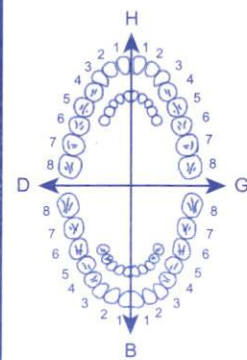
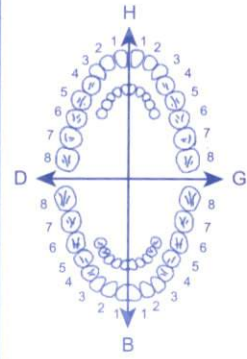
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] 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"/>															

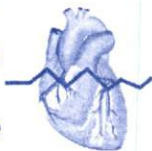
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 et tensionnel Epreuve d'Effort



الدكتورة البكري بشرى

إختصاصية في أمراض القلب

الشرابين والضغط الدموي

الفحص بالصدى والأمواج الكهربائية

Salé le 01/11/12 سلا في

Mr. Mahmoud. Bouatta

34.60

x3 n - 2880 x 20

56.80

x3 n - Aldosterone

58.10

x3 n - 112 212
- 1000000 5mg
1 50g

120.00

x3 m - Irvel 180

20.00

x5 n - 112 212

34.00

62 - 112 212

79.80

71 - 112 212

1022130 - 1.0.1

3003



Dr. ELBEKRI Bouchra
CARDIOLOGUE
Résidence Our. Elkhir I, Appt. 3
Av. Mohammed V, Tabriquet - Salé
Tél. : 05 37 86 64 64

Rés. Oum Elkhir I, Appt 3 1er Etg. Avenue Mohammed V Tabriquet - Salé

(entre la poste et clinique tabriquet) Tél./Fax: 05 37 86 64 64 elbekrib@gmail.com

Lot: 220029
A consommer de
préférence avant le: 02/2025
PPC: 79,80 DH



8 032578 473100

ALDACTONE 50MG 20 CPS
P.P.V : 56DH80
6 118001 170029



6 118001 170029



P.P.V : 34DH60
20CP SEC
LOT : 22E006
PER : 04 2026

TRVEL 150 mg 28 comprimés pelliculés



6 118000 071907

ALDACTONE 50MG 20 CPS
P.P.V : 56DH80

6 118001 170029



6 118001 170029

ALDACTONE 50MG 20 CPS
P.P.V : 56DH80

6 118001 170029



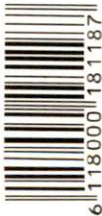
6 118001 170029

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60

4[®] ملغ
سنتروم 4
أسينوكونومارول

Sintrom[®] 4 mg ○
Acétocoumarol 10 comprimés



10 أقراص من فئة 4 ملغ
عن طريق الفم

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

PPV :

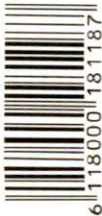
Exp :

N° Lot :

20,00

4[®] ملغ
سنتروم
أسينوكونومارول

Sintrom[®] 4 mg ○
Acétocoumarol 10 comprimés



10 أقراص من فئة 4 ملغ
عن طريق الفم

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

PPV :

Exp :

N° Lot :

20,00

4[®] ملغ
سنتروم 4
أسينوكونومارول

Sintrom[®] 4 mg ○
Acétocoumarol 10 comprimés



10 أقراص من فئة 4 ملغ
عن طريق الفم

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

PPV :

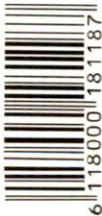
Exp :

N° Lot :

20,00

4[®] ملغ
سنتروم
أسينوكونومارول

Sintrom[®] 4 mg ○
Acétocoumarol 10 comprimés



10 أقراص من فئة 4 ملغ
عن طريق الفم

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

PPV :

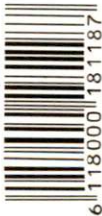
Exp :

N° Lot :

20,00

4[®] ملغ
سنتروم 4
أسينوكونومارول

Sintrom[®] 4 mg ○
Acétocoumarol 10 comprimés



10 أقراص من فئة 4 ملغ
عن طريق الفم

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

PPV :

Exp :

N° Lot :

20,00

OSMOSINE®

Hydroxyde de Magnésium

Traitement symptomatique
de la constipation

OSMOSINE®



Hydroxyde de Magnésium

Flacon de 260 ml



260 ml
Suspension
Voie Orale

PPV
34DH00

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 : 01/11/2022

Analyses	Valeur en B
INR (Suivi de traitement par AVK)	40
Total B	40
APB	11,50
Total	50,00

*Arrêtée la présente facture à la somme de : cinquante dirhams ****

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



Salé le 01/11/2022

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 011122-012 Pvt du: 01/11/2022 10:19

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 (08/07/22)

Posologie Journalière :

1/2 cp/jr

1/2 cp/jr (08/07/22)

(Sous réserve des informations fournies)

1/2 cp/jr (28/03/22)

1/2 cp/jr (22/03/22)

1 cp/jr (12/07/21)

1 cp/jr (07/07/21)

Temps de Quick Malade :

20,20 sec.

25,80 (08/07/22)

Taux de Prothrombine :

48,50 %

(70 - 100)

34,30 (08/07/22)

INR :

1,75

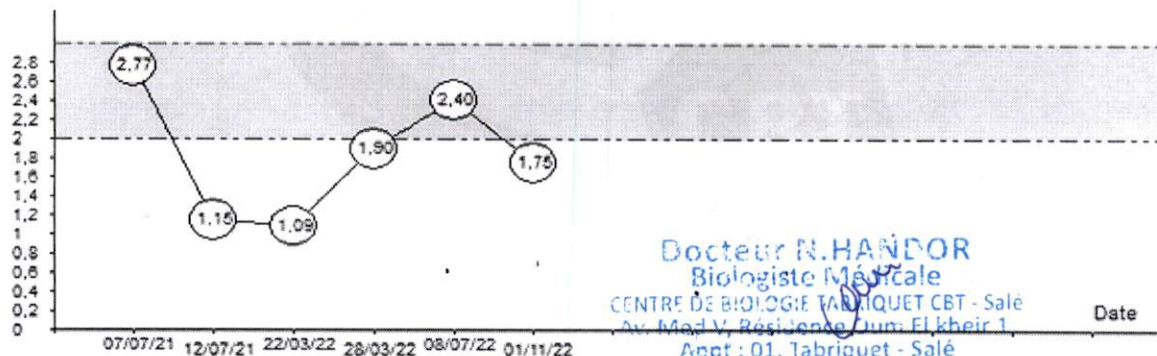
(2 - 3)

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

Le risque hémorragique est majoré lorsque l'INR est supérieur à 5

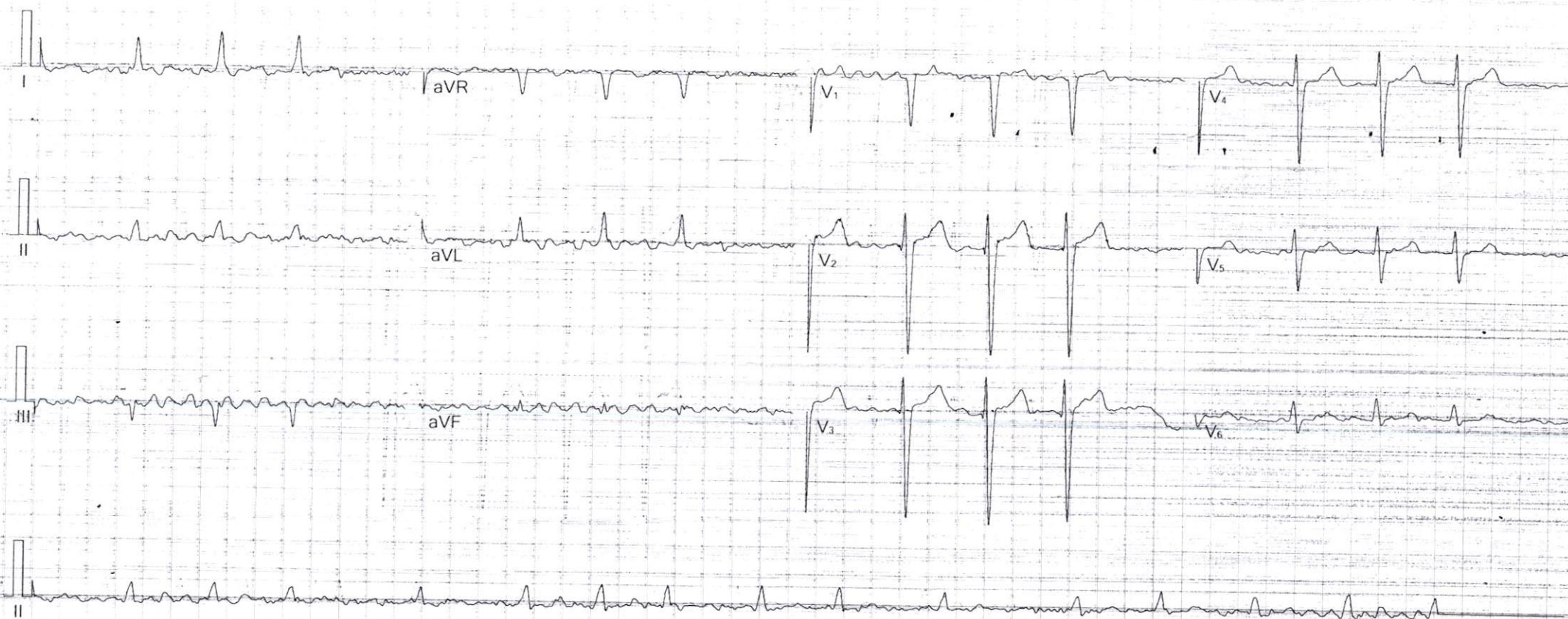


Docteur N. HANDOR
Biologiste Médicale
CENTRE DE BIOLOGIE TABRIQUET CBT - Salé
Av. Mohamed V, Résidence Oum El Kheir 1,
Appt : 01. Tabriquet - Salé
Tél/Fax : 0537 86 01 02

Date

Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons bon rétablissement

10mm/mV 25mm/s



Fréquence : 1000 Hz Interval: PQ : 292 ms

Durée ECG : 10 s Interval: QT : 370 ms

FC : 77 bpm Interval: QTc : 419 ms

Durée P : 83 ms Axe P : 131.7°

Durée QRS : 91 ms Axe QRS : 5.3°

Durée T : 249 ms Axe T : 39.3°

Suggestion :

Total Batts 14, Batts Normaux 14, Tachycardie, *** - constant avec maladie pulmonaire, - avec 1 bloc AV, ECG Anormal ECG,

Filtre Principal: On Filtre ADS: On

Signature Médecin: