

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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



Déclaration de Maladie

N° M21- 068656

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02654 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZEMMAS MOHAMED

Date de naissance : 08/04/1958

Adresse : HABITUEL

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/02/2023

Nom et prénom du malade : OULBI ZINEB Age:

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

Nature de la maladie : Cholestérol, 25.50

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 : DEBRA Le : 23/02/2023

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

23/2/23	OST+TGF		250 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

Pharmacie EL OUMOUA
24 lotissement Derboua el wafaa
Fix : 05 22 53 20 54

23.2.23 2616.30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

23/2/23 felio com 800 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

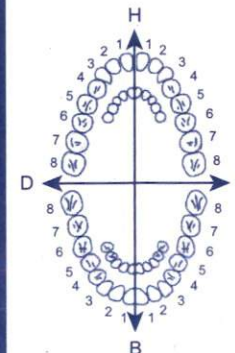
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

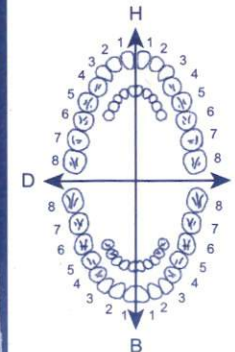
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D ————— G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

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



ORDONNANCE

23 février 2023

Mme OULBI Zineb

1/ CARDIOASPIRINE 100 MG COMPRIME GASTRO-RESISTANT

1 cp à midi

2/ EXFORGE HCT 10MG/160MG/25MG 10/160/25 COMPRIME PELLICULE

1 cp le matin

3/ NEBILET 5 MG COMPRIME SECABLE

1 cp le matin

4/ VASTAREL LM 35 MG COMPRIME PELLICULE LM

1 cp *2/j

5/ NOLIP 10

1 CP LE SOIR

6/ NATISPRAY 0.3 MG SOLUTION POUR PULVERISATION BUCCALE

une bouffée sublinguale en cas d'angor

تجزئة النسيم رقم 26 عمارة ديار العلوي رقم 04 الطابق الأول. الدروة

Lotissement Nassim N°26 Immeuble Diar El Alaoui Appt N°4 1er étage - Deroua

05 22 03 16 74

Urgences : 06 60 62 70 07

cabinet.dreilmourid@gmail.com

NATIS P[®]RAY 0,30mg
Solution (18ml)
BOTTU S.A PPV : 69DH30

6 118001 040148

6118001030903
EXFORGE HCT ○
16mg/160mg/25mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 310.00 DH

6118001030903
EXFORGE HCT ○
10mg/160mg/25mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 310.00 DH

6118001030903
EXFORGE HCT ○
16mg/160mg/25mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 310.00 DH

6118001030903
EXFORGE HCT ○
10mg/160mg/25mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 310.00 DH

LOT AFRIC-PHAR
EXP 09/2024
PPV: 154DH10

LOT AFRIC-PHAR
EXP 09/2024
PPV: 154DH10

* VIGNETTE

NEBILET[®] 5mg ○
28 comprimés
PPV 87DH50

* VIGNETTE

NEBILET[®] 5mg ○
28 comprimés
PPV 87DH50

* VIGNETTE

NEBILET[®] 5mg ○
28 comprimés
PPV 87DH50

* VIGNETTE

NEBILET[®] 5mg ○
28 comprimés
PPV 87DH50

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

6 118001 090280
Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

137,20

137,20

137,20

(50 X 28 X 114) mm

Dr. EL MOURID Monia
Cardiologue

Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca
Diplômée de l'Université Paris Descartes en cardiologie pédiatrique
Ancien médecin interne du CHU Ibn Rochd - Casablanca
Ancien médecin interne des CHU de Paris
Praticien attachée à l'hôpital universitaire CHEIKH KHALIFA

Echographie doppler cardiaque et vasculaire

Echocardiographie de stress

Mme OULBI Zineb / Epreuve d'effort



د. المرید منیة

أخصائية في أمراض القلب والشرائين

خريجة كلية الطب والصيدلة الدار البيضاء

دبلوم أمراض القلب للأطفال بجامعة باريس

طبيبة داخلية سابقة بمستشفى ابن رشد - الدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقة بالمستشفيات الجامعية باريس

طبيبة بالمستشفى الجامعي الشيخ خليفة

Le 23/02/2023

العصبي بالصدى والشرائين

فحص القلب بالصدى عند الجهد

تسجيل الضغط الدموي ودقات القلب على المدى الطويل - تخطيط الجهد

COMPTE RENDU D'ÉCHOCARDIOGRAPHIE

VG non dilaté siège d'une hypertrophie concentrique modérée, de bonne contractilité globale et segmentaire, FEVG à 55%

Profil mitral type normal, pressions de remplissage du VG non élevées.

OG dilatée à 24cm2 libre d'échos.

Valve mitrale remaniée siège d'une IM minime sans sténose.

Valve aortique tricuspide remaniée sans fuite ni sténose.

Cavités droites non dilatées, de bonne fonction longitudinale systolique du VD.

IT minime estimant la PAPs à 24+3=27mmHg

VCI non dilatée compliante.

Absence d'épanchement péricardique.

Aorte de calibre normal dans les segments étudiés.

Au Total : Aspect de cardiopathie hypertensive, FEVG = 55%

Dysfonction diastolique type II

IM minime

Bon VD, Absence d'HTP

SIGNE DR EL MOURID MONIA

تجزئة النسيم رقم 26 عمارة ديار العلوي رقم 04 الطابق الأول-الدروة

Lotissement Nassim No 26 Immeuble Diar El Alaoui App N°4 1er étage - Deroua

0522031674 Urgences : 0660627007 cabinet.dreilmourid@gmail.com

Cabinet de Cardiologie et d'explorations cardio-vasculaires

Dr El MOURID Monia

ICE 002841634000069

INPE 061259198

Deroua le : 23/02/2023

FACTURE N° FC23020041

Mme OULBI Zineb

Bilan	Montant
Echo doppler cardiaque	800,00 DH

HUIT CENTS DIRHAMS

SIGNE :

DR. EL MOURID MONIA
CARDELOGUE
LOTISSEMENT NASSIM, IMMEUBLE DIAR EL ALAOUI, APP 4,
1ER ETAGE, DEROUA
TEL: 0522031674 / 0660627007
INPE: 061259198

Lotissement Nassim, Immeuble Diar El Alaoui, App 4, 1er etage, Deroua

0522031674

ID:
OULBI, ZINEB
FEMME ---
TAILLE: --- POIDS: --- TA: ---
TRAITEMENT:
OPÉRATEUR:
NOTES:

23/02/2023 11:33:37

FC: 59
PR: 160
QRSd: 132
QT/QTc: 462/461
QTcB: 458
QTcF: 459
Rv5-6/Sv1: 0,96/0,34
Sok-Lyon: 1,31
AXES: 46/-3/11

bpm
ms
ms
ms
ms
ms
mV
mV
°

Rythme sinusal
--- Interprétation effectuée sans connaître l'âge du patient ---
Bloc de branche droit
Anomalie ST-T latérale n'est pas spécifique
ECG anormal

Non confirmé

DR. EL MOURID MONIA
CARDIOLOGUE
LOTISSEMENT NAGHMA, IMMEUBLE N°1 EL ALAOUI, 2001,
1ER ETAGE, DESOUSA
TEL: 0522031874 / 066082700
INPE: 061259198

