

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.

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° P19-0026037

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2497 Société : 176903

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : NASSIB ZOHLA

Nom & Prénom : NASSIB ZOHLA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. KHALID MABCHOURI
CARDIOLOGUE
76, Bd. La Grande Ceinture
Hay Mohammadi - CASABLANCA
Tél: 05 22 63 87 50

Date de consultation : 12/07/2023

Nom et prénom du malade : LAQLECH ZOHLA Age :

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

Nature de la maladie : LCA

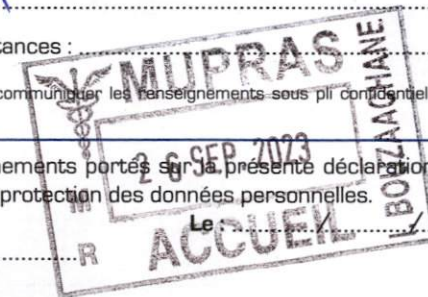
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



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
12/07/2023	CS + ECG		300 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/07/2023	405,90
	ICE : 000521235000094	
	IPN : 092002062	

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
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

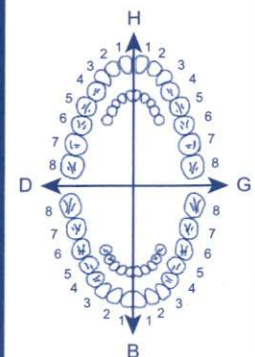
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU 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	<input type="text"/>
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

CABINET DE CARDIOLOGIE ET DES EXPLORATIONS CARDIOVASCULAIRES

DR. KHALID MABCHOURI

Spécialiste des maladies
du cœur, des vaisseaux
et de l'hypertension artérielle

Echo-Doppler cardiaque et vasculaire
Holter Rythmique, M.A.PA
Epreuve D'effort



الدكتور خالد مبشوري

إختصاصي في أمراض القلب
الشرايين وارتفاع الضغط الدموي

الفحص بالصدى والدوبلير
تسجيل تخطيط القلب والضغط الدموي

Casablanca le : 12/07/2023 : الدار البيضاء في

Mme LAQLECH ZOHRA

63.30 x 3

1 - TRITAZIDE 10/25MG

Chaque Jour(s), 1 comprimé le matin, pendant 3 Mois

2 - DETENSIEL 10 mg

Chaque Jour(s), 1 comprimé le soir, pendant 3 Mois

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables
6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables
6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables
6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

DR. KHALID MABCHOURI
CARDIOLOGUE
76, Bd. La Grande Ceinture
Hay Mohammadi - CASABLANCA
Tél: 05 22 63 87 50

ICE: 000521235000094
IPN: 092002062

Tritazide® 10mg/25mg
28 Comprimés



6 118001 081707

Tritazide® 10mg/25mg
28 Comprimés



6 118001 081707

Tritazide® 10mg/25mg
28 Comprimés



6 118001 081707

prenez vos traitements régulièrement et à la dose prescrite. N'arrêtez pas de votre traitement seul: cela peut être dangereux pour vous.

76. Bd. : la Grande ceinture, Résidence Al Khair
1^{er} étage, N°123, Hay Mohammadi, Casablanca, Tél. : 05 22 63 87

Dr MABCHOURI Khalid

Nom : LAQLECH ZOHRA

Sexe : Femme

Age : 71Y

SN: 0010246

Date: 12/07/2023 13:39:38

Clini:

Lit:

Servi:

Cas:

Fréquence :	1000 Hz	Intervalle PR	182 ms
Temps d'échantillon	13 s	Intervalle QT	410 ms
HR:	71 bpm	Intervalle QTc	445 ms
Intervalle P	84 ms	Axe P	36,96°
Intervalle QRS	78 ms	Axe QRS	-5,28°
Intervalle T	226 ms	Axe T	2,60°

Préempt:

Puls. totaux 14, Rythme normal 14, SVE 0, VE 5

Dr. KHALID MABCHOURI
CARDIOLOGUE
 76, Bd. La Grande Centure
 Hay Mohammadi - CASABLANCA
 Tél: 05 22 63 87 50

Signature du médecin :

