

# 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2492 Société : 126903

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : NASIB 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 : 12.10.7.2023

Nom et prénom du malade : LAGLECH ZOHRA Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : ZOA

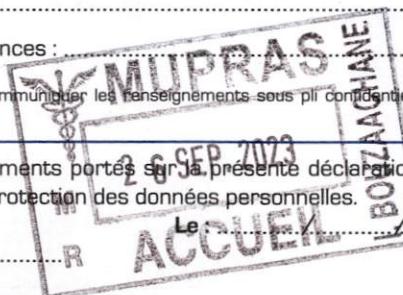
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....



### 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
12/07/2023	CS + ECG		300 D H	DR. KHALID MABROUK CARDIOLOGUE 76, Bd. La Grande Ceinture Bay Mohammadi CASABLANCA Tél: 05 22 63 87 50

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/07/2023	405,90 ICE : 000521235000094 IPN : 002002052

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

### 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 canalaires, 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	D 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

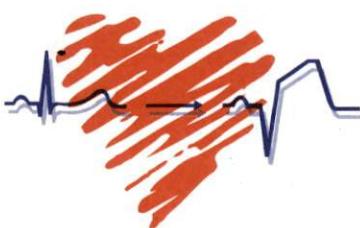
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# 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.P.A  
Epreuve D'effort



## الدكتور خالد مبشوري

إختصاصي في أمراض القلب  
الشرايين و إرتفاع الضغط الدموي

الفحص بالصدى و الدوبليير  
تسجيل تخطيط القلب و الضغط 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

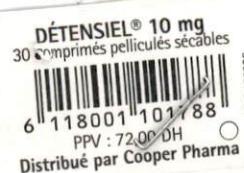
Chaque Jour(s), 1 comprimé le soir, pendant 3 Mois



405,90

ICE : 00052123500094  
IPN : 092002062

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



63,30

Tritazide® 10mg/25mg  
28 Comprimés



Tritazide® 10mg/25mg  
28 Comprimés



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

63,30

Tritazide® 10mg/25mg  
28 Comprimés



76. Bd. : la Grande ceinture, Résidence Al Khair  
1<sup>er</sup> 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°

Prompt:  
Puls. totals14 ,Rythme normal14 ,SVE 0

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

Signature du médecin :

