

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0050229

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1359 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Mechhour Bouazza

Date de naissance : 1949

Adresse :

Tél : 06.23.39.51.99 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05 / 10 / 23

Nom et prénom du malade : MECHHOUR 1 Age: 74

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

Nature de la maladie :

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
09/10/23	can	300		
09/10/23	ANALYSS	1		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

05-10-2023 769,20 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

09/10/23

50,00

23/10/23

42,00

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 :

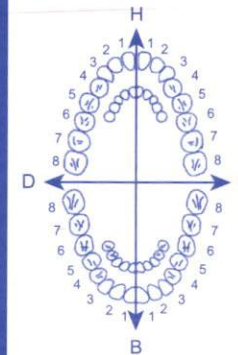
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

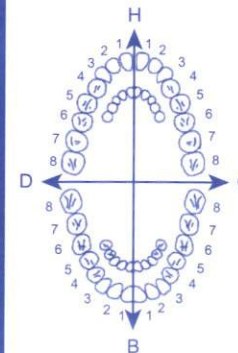
FIN D'EXECUTION

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

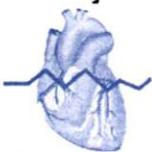
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

الشرايين والضغط الدموي

الفحص بالصدى والأمواج الكهربائية

Salé le

28/12/23

سلا في

Mr MAHMOUD. Bouda

n 42 - INPE (X)

مختبر ابن زهر للتحليلات الطبية
Laboratoire Ibn Zohr d'Analyses Médicales
Boulevard Med. V. Imm. Yasmina 22, Mag. 9
Tabriquet - Salé - Tél.: 05 37 86 43 13
Fax.: 05 37 86 43 12
⑥ INPE : 103062253

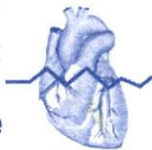
Dr. ELBEKRI Bouchra
CARDIOLOGUE
Résidence Oum Elkhir I, Appt. 3
Av. Mohammed V Tabriquet - Salé
GSM : 05 37 96 64 64

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

الشرايين والضغط الدموي

الفحص بالصدى والأمواج الكهربائية

Salé le

05/04/23

سلا في

Dr MAUMOUN. Boudia

58,10x3

- n Cardiomyopathie

34,60x3

- n Dilatation
myocardique

20,10 n+b

Sténose

79,50x1

n

Sténose

45,30x2

n

Sténose

20,10x1

n

Sténose

Sténose

Sténose

Sténose



ELBEKRI Bouchra
CARDIOLOGUE
Res. Oum Elkhir I, Appt 3
1er Etg. Avenue Mohammed V Tabriquet - Salé
Tél./Fax: 05 37 86 64 64
elbekrib@gmail.com

Res. 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

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

LOT : 23E004
PER: 01 2027
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468

LOT : 23E004
PER: 01 2027
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468

LOT : 23E004
PER: 01 2027
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468

PPV :
Exp : 20,00
N° Lot :

PPV :
Exp : 20,00
N° Lot :

PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :

PPV :
Exp : 20,00
N° Lot :

PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :

PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :

Lot
EXP
PPV

EH6T
09 2024
45,30 DH

Lot
EXP
PPV

FM9S
09 2024
45,30 DH

LOT: 230050
PER: 01/2026
PPC: 79,50DH

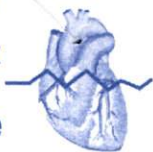
Dynatens®
comprimé

daflon® 1000 mg
30 comprimés pelliculés
6 118000 100393

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

09/11/13

سلا في

Mr. MAHMOUD - BOUTABA

28 - 2012

Dr. ELBEKRI Bouchra
CARDIOLOGUE
Résidence Oum Elkhir I, Appt. 3
Av. Mohamed V, Tabriquet - Salé
GSM : 05 37 86 64 64

CENTRE DE BIOLOGIE
TABRIQUET CBT - Salé
Av. Med V, résidence Oum El khair 3,
Appt. 01, Tabriquet - Salé
Tél/Fax : 0537 86 01 02
GSM : 0562 212 213

Dr. ELBEKRI Bouchra
CARDIOLOGUE
Résidence Oum Elkhir I, Appt. 3
Av. Mohamed V, Tabriquet - Salé
GSM : 05 37 86 64 64

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 : 09/10/2023**

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 CBT - Salé**
Av. Med V, résidence Oum El kheir 1,
Appt: 01, Tabriquet - Salé
Tél/Fax : 0537 86 01 02
GSM : 0562 212 213



Salé le 09/10/2023

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 091023-032 Pvt du: 09/10/2023 12:18

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
Posologie Journalière : 1/2 cp/jr
(Sous réserve des informations fournies)

Sintrom (18/05/23)
1 cp/jr (18/05/23)
Deux jours 1/2 cp/j, un
jour 1 cp/j (13/02/23)
1/2 cp/jr (01/11/22)
1/2 cp/jr (08/07/22)
1/2 cp/jr (28/03/22)

Temps de Quick Malade : 21,30 sec.

17,20 (18/05/23)

Taux de Prothrombine : 44,70 % (70 - 100)

62,20 (18/05/23)

INR : 1,87 (2 - 3)

1,42 (18/05/23)

Résultat contrôlé

1,52 (13/02/23)

1,75 (01/11/22)

2,40 (08/07/22)

1,90 (28/03/22)

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 S. EL ALAMI
Biologiste Médicale
CENTRE DE BIOLOGIE TABRIQUET CBT - Salé
Av. Med V, Résidence Oum El Kheir 1,
Appt 01 Tabriquet - Salé
Tel/Fax : 0537 86 01 02

Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons bon rétablissement



Salé, le 23/10/2023

Compte rendu d'analyses



Dossier N° : 231023-024

Date de Naissance : 01/01/1949

Nom : Mr MECHHOUR Bouazza

Pvt du : 23/10/2023 11:53

Page : 1/1

HEMOSTASE

Valeurs Usuelles

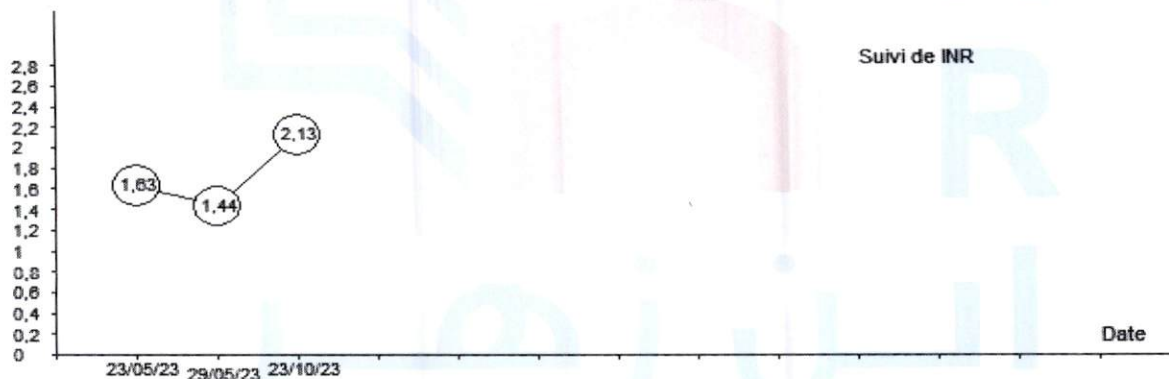
Antériorité

Taux de prothrombine + INR

Témoin	:	12,50 sec		
Sujet	:	25,70 sec		
TP	:	34,00 %	(70 - 100)	64,00 (29/05/23)
INR	:	2,13		

Zone thérapeutique : 1.5 à 4.5

Pour un suivi thérapeutique , il est conseillé de respecter les mêmes conditions de posologie la veille du prélèvement .



Nous vous remercions de votre confiance

مختبر ابن زهر للتحليلات الطبية
Laboratoire Ibn Zohr d'Analyses Médicales
Boulevard Med. V Imm. Yasmina 22, Mag. 9
Tabriquet - Salé Tél.: 05 37 86 43 13
Fax: 05 37 86 43 12
INPE : 103062253

Facture

N° facture : 2023-06678

Edité le : 23/10/2023

Patient : Mr MECHHOUR Bouazza

Date prélèvement : 23/10/2023

Analyses	Valeur en B	Montant
Taux de prothrombine + INR	40	53,60
Total B	40	
APB	1,0	15,00
Majoration de garde		
Total		42,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Quarante-deux dirhams***

مختبر ابن زهر للتحليلات الطبية
Laboratoire Ibn Zohr d'Analyses Médicales
Boulevard Med. V, Imm. Yasmine 22, Mag. 9
Tabriquet - Salé - Tél : 05 37 86 43 13