

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13.59

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Mechhawz Bouazza

Date de naissance : 19.49

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 : MACH HOUZ Age : 74

Lien de parenté : 2 Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : arthrose et hérédité

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie : arthrose et hérédité

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) : 

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
03/10/23	consultation	30 min	30000	Signature et cachet du Médecin
03/10/23	ANALYSS	UT	10000	Signature et cachet du Médecin

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
BRICKET Aed V. résidence d'un El Khem Appt. 01. Tabdig et Saleh Tél/Fax : 0531 82 27 02 GSM : 0562 31 22 22 2023-10-23	09/10/23		50,00
	23/10/23		12,00 DA

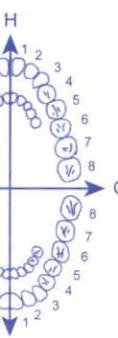
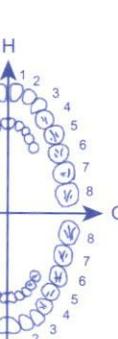
AUXILIAIRES MEDICAUX

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.

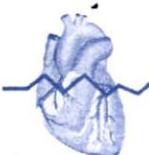
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{r} H \\ 25533412 \quad \quad 21433552 \\ 00000000 \quad \quad 00000000 \\ \hline D \quad \quad 00000000 \quad \quad 00000000 \\ \hline \quad \quad 35533411 \quad \quad 11433553 \\ B \end{array} $			Coefficient des travaux
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ELBÉKRI Bouchra

Spécialiste des Maladies du Coeur , 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

اختصاصية في أمراض القلب
الشرايين والضغط الدموي
الفحص بالصدى والأمواج الكهربائية

Salé le

23/07/23

سلا في

Dr. MAMMOUD . Bmt 33+

n + - INPE (C)

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

Dr. ELBEKRI Bouchra
CARDIOLOGUE
Résidence Oum Elkhir I, Appt. 3
Av. Mohammed V Tabriquet - Salé
Tél./Fax: 05 37 86 64 64
elbekrib@gmail.com

Dr. ELBEKRI Bouchra

Spécialiste des Maladies du Coeur , 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

اختصاصية في أمراض القلب
الشرايين والضغط الدموي
الشخص بالصدى والأمواج الكهربائية

Salé le

05/04/13

سلافي

Formulation . Branche

58,10²³

- m

Cardiomegaly

(Robing)

31,60²³

- n

Decreasing
MP. Lungs

20,10

n+6

Enlarging

Br. Hyp Dr 3 in

79,50²¹

m

Dysrhythmia

1 - 0 - 1

45,30²²

d

Ventilation

Stop 2 x 1

20,10²¹

m

Dysrhythmia many

Decreasing

Asymmet



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

ELBEKRI
CLINIQUE
ENTRE LA POSTE ET CLINIQUE TABRIQUET
ROUTE D'ELKHIR I, APPARTEMENT 3
TABRIQUET - SALE
TÉL/FAX: 05 37 86 64 64



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

7862160239



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

7862160239



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

7862160239

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

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60

6 118000 060468

PER : 01/2027

PPV :
Exp : 20,00
N° Lot :



PPV :
Exp : 20,00
N° Lot :



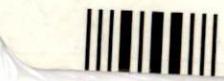
PPV :
Exp : 20,00
N° Lot :



PPV :
Exp : 20,00
N° Lot :



PPV :
Exp : 20,00
N° Lot :



PPV :
Exp : 20,00
N° Lot :



Lot : EH6T
EXP : 09/2024
PPV : 45,30 DH

Lot : FM9S
EXP : 09/2024
PPV :

09 2024
45,30 DH

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

Dynatens®
comprimé

daflon® 1000 mg
30 comprimés pelliculés

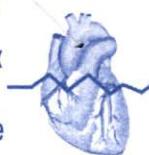


6 118000 100393

Dr. ELBEKRI Bouchra

Spécialiste des Maladies du Coeur, 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

اختصاصية في أمراض القلب

الشرايين والضغط الدموي

الفحص بالصدى والأمواج الكهربائية

Salé le

05/07/13

سلا في

M. MACHOUR - BRASSER

m & 2 - DMR

Dr. ELBEKRI BIOCLOGUE
CARDIOLOGUE
 Résidence Oum Elkhair 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 1.
 Appt. 01. Tabriquet - Salé
 Tél/Fax : 0537 86 01 02
 GSM : 0562 212 213

Dr. ELBEKRI BIOCLOGUE
CARDIOLOGUE
 Résidence Oum Elkhair 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 : centredébiologietabriquet.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	Valeurs Usuelles	Antériorité
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
 Biogiste Médicale

CENTRE DE BIOLOGIE TABRIQUET CBT - Salé
 Av. Medi V, Résidence Oum El Kheir 1,
 Aptt 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 .



مختبر ابن زهر للتحاليل 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

Nous vous remercions de votre confiance

Facture

N° facture : 2023-06678

Édité 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 للتحاليل الطبية
 Laboratoire Ibn Zohr d'Analyses Médicales
 Boulevard Med. V, Imm. Yasmina 22, Mag. 9
 Tabriquet - Salé - Tél : 05 37 86 43 13