

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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



183278

Déclaration de Maladie

M23- N° 0030272

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2343 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BACHRY Mostafa
 Date de naissance : 14.02.1951
 Adresse : Cité Almorania IHS 60 n° 6 HM Casablanca
 Tél. : 0661181989 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

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

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 10 NOV. 2023
 Nom et prénom du malade : BACHRY Mostafa Age:
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HTA, Arythmie
 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 : Cas Le : 10/11/2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
10/11/23	Cs Ecog		300dt	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/11/23	366,80

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
		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 :

Veuillez 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 <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																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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 coeur, 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 وارتفاع الضغط الدموي

الفحص بالصدى والدوبلير
تسجيل تخطيط القلب والضغط الدموي

Casablanca le : 10/11/2023 : الدار البيضاء في

Mr BACHRY MOSTAFA

97,90 22 1 - KERLONE 20mg

1/2 comprimé le matin et le soir

2A22 2 - CARDIOASPIRINE 100 mg

Chaque Jour(s), 1 comprimé à midi,

3780 12 3 - LD-NOR 10mg

Chaque Jour(s), 1 comprimé le soir,

TRAITEMENT DE 2 MOIS

Ziegelhof 24, 17489 Greifswald, Germany

BOTTU SA
PPV: 97 DH 90

Ziegelhof 24, 17489 Greifswald, Germany

BOTTU SA
PPV: 97 DH 90

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.



قرص لا يتأثر بحموضة المعدة

LOT : 231286

EXP : 09/2026

PPV : 57,80DH

LOT : 231286

EXP : 09/2026

PPV : 57,80DH

Important : Prenez vos traitements régulièrement et à la dose prescrite. N'arrêtez pas et ne modifiez pas les doses de votre traitement seul: cela peut être dangereux pour votre santé.

76. Bd. : la Grande ceinture, Résidence Al Khair
1^{er} étage, N°123, Hay Mohammadi, Casablanca, Tél. : 05 22 63 87 50

Dr MABCHOURI Khalid

CHRY MOSTAFA

Sexe : Homme

Clini:

Age : 72Y

Lit:

SN:0011382

Servi:

Date:10/11/2023 08:20:43

Cas:

Fréquence :	1000 Hz	Intervalle PR	146 ms
Temps d'échantillon	13 s	Intervalle QT	370 ms
HR:	74 bpm	Intervalle QTc	411 ms
Intervalle P	70 ms	Axe P	20,56°
Intervalle QRS	88 ms	Axe QRS	9,41°
Intervalle T	176 ms	Axe T	23,18°

Prompt:

Puls. totals14 , Rythme normal14 , SVE 0 , VE 0 .

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



00:00

25mm/s 10mm/mV

Cabinet d'Explorations Cardiovasculaires

Docteur Khalid Mabchouri

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

Echo-Doppler cardiaque
Holter rythmique, M.A.P.A

Cabinet d'Explorations
Cardiovasculaires

ELECTROCARDIOGRAMME