

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0022003

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1359 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 196063
Nom & Prénom : Mechhour Bouazza
Date de naissance : 1949
Adresse : Res El Mammaunia imm 06 Appt 19 Tabriquet Sale.
Tél. : 06 23 39 51 99 Total des frais engagés : 803,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/02/2024
Nom et prénom du malade : MECHHOUR BOUAZZA Age : 1949
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : HTA + Angine de poitrine
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
01/04/24	CARTE	30	30	
01/04/24	ORL	10	10	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01-2-2024	453.30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	01/02/2024		521.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

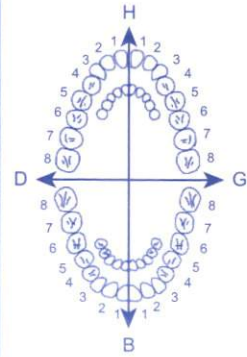
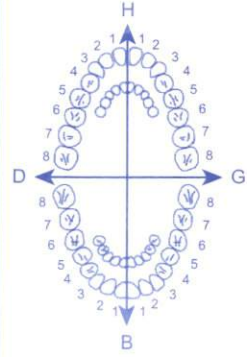
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H		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

**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



إختصاصية في أمراض القلب
الشرابيين والضغط الدموي
الفحص بالصدى والأمواج الكهربائية

01/02/20

سلا في

for my entrance. BMA 88A

34.60

done wo

24 June

58.10 x 3

continued 5

John N. Kelly

$$20.00 \times 6$$

Sankar

with a

42.20 + 2 ✓
m

~~Verfahren~~



LOT :23E007
PER.:05 2027

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



Dr. ELBEKRI Bouchra
CARDIOLOGUE
Résidence Oum Elkhir I, Appt. 3
Boulevard V. Tabrique, Salé
Tél: 05 37 00 40 04

Rés. 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

Médicament soumis à
Médicament soumis à
en médecine interne.



6 118001 100873

Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 58,10 DH

7862160239



Médicament soumis à
Médicament soumis à
en médecine interne.

Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

7862160239

Cardensiel® 5 mg



6 118001 100873

Exp.: 03/2028
Lot: 601VXX
Fab.: 04/2023

Exp.:
Lot:
Fab.:



Médicament soumis à
Médicament soumis à
en médecine interne.

Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

7862160239

Cardensiel® 5 mg



6 118001 100873

Exp.: 03/2028
Lot: 601VXX
Fab.: 04/2023

Exp.:
Lot:
Fab.:



Lot
EXP
PPV

TU5P
03,2025
42,20 DH

Lot
EXP
PPV

TU5P
03,2025
42,20 DH

4^م ملغ
سنتروم 4
أسينوكومارول

Sintrom[®] 4 mg ○
Acénocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

PPV :

Exp :

N° Lot :

٤٥,٥٥



4^م ملغ
سنتروم 4
أسينوكومارول

Sintrom® 4 mg ○
Acinocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

PPV :

Exp :

N° Lot :

٤٥,٥٥



4^م ملغ
سنتروم 4
أسينوكومارول

Sintrom® 4 mg ○
Acinocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

PPV :

Exp :

N° Lot :

٤٥,٥٥



4^م ملغ
سنتروم 4
أسينوكومارول

Sintrom® 4 mg ○
Acinocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

PPV :

Exp :

N° Lot :

٤٥,٥٥



4^م ملغ
سنتروم 4
أسينوكومارول

Sintrom[®] 4 mg ○
Acénocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

PPV :

Exp :

N° Lot :

٤٥,٥٥



4^م ملغ
سنتروم 4
أسينوكومارول

Sintrom® 4 mg ○
Acinocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

PPV :

Exp :

N° Lot :

٤٥,٥٥



4^م ملغ
سنتروم 4
أسينوكومارول

Sintrom[®] 4 mg ○
Acénocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

PPV :

Exp :

N° Lot :

٤٥,٥٥



4^م ملغ
سنتروم 4
أسينوكومارول

Sintrom[®] 4 mg ○
Acénocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

PPV :

Exp :

N° Lot :

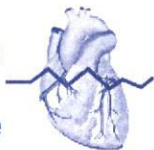
٤٥,٥٥



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

01/11/2024

سلا في

M. MECHOUER. BMA ZBA

m 72 5002

CENTRE DE BIOLOGIE
TABRIQUET CBT - Salé
Av. Mohamed V, résidence Oum El khair 1,
Appt. 01. Tabriquet - Salé
Tél/Fax : 0537 86 01 02
GSM : 0562 212 213

Dr. EL BEKRI Bouchra
CARDIOLOGUE
Résidence Oum Elkhair I, Appt. 3
Av. Mohamed V, Tabriquet - Salé
Tél.: 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 : 01/02/2024

Analyses	Valeur en B
TP-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 - Sale
Av. Mohamed V, résidence Oum El kheir
Appt: 01, Tabriquet - Salé
Tél/Fax : 0537 8601 02
GSM : 0562 212 213



Salé le 01/02/2024

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 010224-033 Pvt du: 01/02/2024 12:18

Nom : Mr MECHHOUR Bouazza

Page : 1/1

ANALYSES D'HEMOSTASE-COAGULATION

INR (Suivi de traitement par AVK)

(Technique : Chronométrique-STAGO)

Valeurs Usuelles

Antériorité

Renseignements

Nom du Médicament

:

Sintrom

Sintrom (09/10/23)

Posologie Journalière

:

1/2 cp/jr

1/2 cp/jr (09/10/23)

(Sous réserve des informations fournies)

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)

~~~~~

Temps de Quick Malade

:

27,10 sec.

21,30 (09/10/23)

Taux de Prothrombine

:

32,10 %

(70 - 100)

44,70 (09/10/23)

INR

:

2,55

(2 - 3)

1,87 (09/10/23)

#### Résultat contrôlé

1,42 (18/05/23)

1,52 (13/02/23)

1,75 (01/11/22)

2,40 (08/07/22)

~~~~~

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