

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

- 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



Déclaration de Maladie

N° W21-776199

CR
192
9006

Optique Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7576 Société :

Actif Pensionné(e) Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : HADDOUCHE DRISS

Date de naissance : 28 NOVEMBRE 59

Adresse : VILLA F M EL HAOUA

Tél. : 0661 9426 18 Total des frais engagés : 1379,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. MY Rachid EL GHITI
Cardiologie Adulte - Pédiatrique , Maladie
Vasculaire et Hypertension Artérielle
Av. Cheikh Saâdi, Imme. Sâaour, N° 6, 1er étage - Tél: 0520 928 229 - E-mail: dr.elghiticardi@gmail.com
Tél: 0520 928 031 - Portable: 433 16680 - I.C.E: 001 051 180 031

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/02/24

Nom et prénom du malade : HADDOUCHE DRISS Age : 63 1/2

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Infarctus du myocarde

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 : Agadir

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 08/02/24

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-776199

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 7576
Nom de l'adhérent(e) : HADDOUCHE
Total des frais engagés : 1379,40
Date de dépôt :

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
08/12/2014	Consultation		30000	INP : 00000000000000000000000000000000
			96	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/08/2018	1407,80
	042033845	
		
	INP Phare Cadi Ayad Agadir	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	INP : <input type="text"/>													
				Coefficient des travaux													
				Montants des soins													
				Début d'exécution													
				Fin d'exécution													
	O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux												
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			Montants des soins
		H	25533412	21433552													
		D	00000000	00000000													
		B	35533411	11433553													
G																	
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Date du devis														
			Date de l'exécution														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																	

Docteur My Rachid El BELGHITI

- Cardiologie adulte, Pédiatrique
- Hypertension Artérielle
- Holter tensionnel - Holter rythmique
- Ex. Chef de service de Cardiologie de l'hôpital d'Agadir et Taroudant
- Diplôme universitaire d'échographie (Transthoracique et Transoesophagienne) de Bordeaux
- Diplôme universitaire Médecine vasculaire, Phlébologie



الدكتور مولاي رشيد البلاغيتي

- اختصاصي في أمراض القلب والشرايين للأكابر والصغار
- ارتفاع الضغط
- أمراض الأوعية الدموية
- رئيس سابق بقسم أمراض القلب بمستشفى أكادير و تارودانت
- دبلوم فحص بالصدى ببورو فرنسا
- دبلوم فحص القلب والأوعية الدموية بالصدى الدولي

Agadir le :

08/02/24

Nom :

250,00 x 7 Mr. HADDOUCHE DRISS



1/ CRESTOR 20

1 comprimé Soir pendant 3 mois

Br. 10 x 7



2/ INEXIUM 20MG/ 14CPS

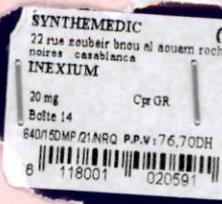
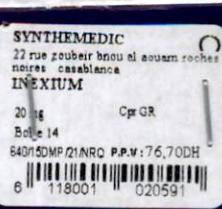
1cp matin 3 mois



3/ cardioaspirine

1 cp midi 3 mois

1467,80

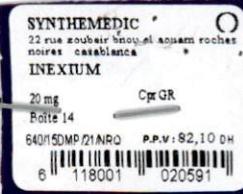


Rendez-vous le :

شارع محمد الشيخ السعدي عمارة سارور شقة رقم 6 الطابق 1 تالبرجت الجديدة - أكادير

Av. Mohammed Cheikh Saâdi, Imm. Sarour, N° 6, 1er étage Nouveau Talborjt - Agadir
Tél. : 05 28 82 82 29 / Gsm : 06 66 40 72 68 / E-mail : dr.belghitocardio@gmail.com





كارديوأسبرين 100 مع

حمض أسيتيل ساليسيليك

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280



كارديوأسبرين 100 مع

حمض أسيتيل ساليسيليك

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280



كارديوأسبرين 100 مع

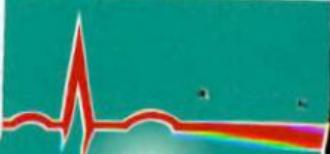
حمض أسيتيل ساليسيليك

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280



30 قرص لا يتأثر بمحضنة المعدة





CRESTOR®
rosuvastatine

20 mg

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 20mg cp pell b30
R.P.V : 250,00 DH

6 118001 183128

30 comprimés
pelliculés

Voie orale

AstraZeneca



CRESTOR®
rosuvastatine

20 mg

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 20mg cp pell b30
R.P.V : 250,00 DH

6 118001 183128

30 comprimés
pelliculés

Voie orale

AstraZeneca



CRESTOR®
rosuvastatine

20 mg

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 20mg cp pell b30
R.P.V : 250,00 DH



6 118001 183128

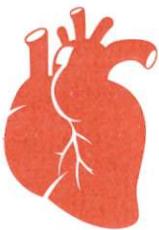
30 comprimés
pelliculés

Voie orale

AstraZeneca

Docteur My Rachid El BELGHITI

- Cardiologie adulte, Pédiatrique
- Hypertension Artérielle
- Holter tensionnel - Holter rythmique
- Ex. Chef de service de Cardiologie de l'hôpital d'Agadir et Taroudant
- Diplôme universitaire d'échographie (Transthoracique et Transoesophagienne) de Bordeaux
- Diplôme universitaire Médecine vasculaire, Phlébologie



الدكتور مولاي رشيد البلغيطي

- اختصاصي في أمراض القلب والشرايين للكبار والصغار
- إرتفاع الضغط
- أمراض الأوعية الدموية
- رئيس سابق بقسم أمراض القلب
- بمستشفى أكادير و تارودانت
- دبلوم الفحص بالصدى بيوردو فرنسا
- دبلوم فحص القلب والأوعية الدموية بالصدى والدوبوبلر

Agadir le : 08/02/24

Nom : HADDOUCH E

DRRISS

NOTE D'HONORAIRE

- CONSULTATION
- ELECTROCARDIOGRAMME DE REPOS..... 100,00
- ECHOCARDIOGRAPHIE DOPPLER.....
- ECHODOPPLER VASCULAIRE
- HOLTER RYTHMIQUE
- HOLTER TENSIONNEL.....
- ELECTROCARDIOGRAMME D'EFFORT
- ECHOCOEUR DESTRESS
- ETO

TOTALE : 300,000

Dr. My Rachid El BELGHITI
Cardiologue adulte - Pédiatrique - maladies
Vasculaires et Maladies des Artéries
Tél.: 0528 828 229 - E-mail : dr.elbelghiticardio@gmail.com
Tél. : 0528 828 229 - Tél. : 0666 407268 / E-mail : dr.elbelghiticardio@gmail.com

Rendez-vous le :



شارع محمد الشيخ السعدي عمارة سارور شقة رقم 6 الطابق 1 تالبرجت الجديدة - أكادير

Av. Mohammed Cheikh Saâdi, Imm. Sarour, N° 6, 1er étage Nouveau Talborjt - Agadir
Tél. : 05 28 82 82 29 / Gsm : 06 66 40 72 68 / E-mail : dr.elbelghiticardio@gmail.com

Nom :haddouch driss

cli No.:

Sex:

Age:

SN:0002965

Section:

CaseNo.:

Lit No:

Date:08/02/2024 18:39:29

bpm	83	82	83	84	83	83	85	84	84
ms	723	729	721	715	723	719	708	712	713



Fréquence: 1000Hz QT Interval: 410ms			
Temps d'écha	8s	QTc Interval:	484ms
FC:	84bpm	P Axis:	31.60;ā
P Interval:	135ms	QRS Axis:	-70.50;ā
QRS Interval:	94ms	T Axis:	35.80;ā
T Interval:	255ms	RV5/SV1	0.69/0.42mV
PR Interval:	185ms	RV5+SV1	1.11mV

Prompt:
Total Battem10 ,Battements No10 .

Dr. M. Rachid EL BELGI
Rachid EL BELGI, maladie
Cardiologue Adulte et Pédiatrique, Artérielle
et Vasculaire et Hypertension, Néphrologie - Thérapeute
Av. de l'Allah Sadiq, 1, m. Sudor, N° 6, Tel. 03-22-22-22-22
Av. des 828 229 - Tél. : 03-22-22-22-22
Tél. : 03-22-22-22-22 - poste : 03-22-22-22-22
Doc

Docteur