

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.

Biologie 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.

Éducation :

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.

Chirurgie :

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

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° P19- 0023849

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

23169

Matricule : 2.957 Société : RASM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL HAIL Noureddine Date de naissance : 01-07-1956

Adresse : N° 6me AD LE 85e

Tél. : 05 22 35 68 41 3 Total des frais engagés : 1861,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. KHADRE MOHAMED FOUD
CARDIOLOGUE
11- Bd Med V^e Etage, Bureau N^o 16-BERRECHID
Tél: 05 22 32 83 03-05 22 32 83 33

Date de consultation : 31/01/2013

Nom et prénom du malade : EL HAIL Noureddine Age : 62

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : CASABLANCA Le : 31/01/2013

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS

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 Recouvrement des Actes
31/01/90	CS+CC		fr 250,00 f	DR. KHADRE MOHAMED F CARDIOLOGUE 11- BO Med N° 12 Bureau N° 105 23-05-22.32.83.33
14/02/90	co tank		anest	DR. KHADRE MOHAMED F CARDIOLOGUE 11- BO Med N° 12 Bureau N° 105 23-05-22.32.83.33

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Al'Afah 1.9.5 Rue Hla Abou Madi - BERRECHID - Tel.: 0522 93 04 01	31/01/2020	861,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des honoraires
Echogramme	14/02/20	# 750,000 Dhs	DR. KHADIR MAHAMED FOUCHEZ CARDIOLOGUE 11 - Bd MEDICAL - EL AÏDÉ - Bureau N°16 BERRECHID Tél: 05 22 32 83 03 - 05 22 32 83

AUXILIAIRES MEDICAUX

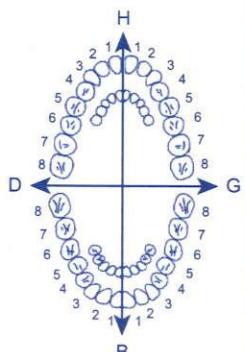
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

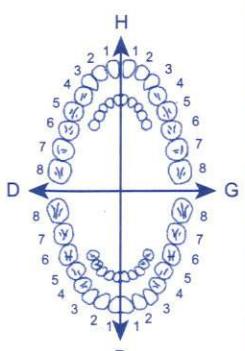
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'IRM.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>
COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
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



Ordonnance

Mme EL HAIL NOUREDDINE

1/ REGIME PAUVRE EN SEL

2/ COSTARVAL 80/12.5 MG

1Cp/J matin à jeun

3/ ASKARDIL 160MG

1Cp/J à midi après repas

4/ BELMAZOL 20MG

1 gel/J le soir

5/ NOLIP 10MG

1Cp/J le soir

6/ ZYLORIC 100MG

1 Cp/J le soir

Traitement pendant : 3 Mois



Berrechid, Ent Autorisé N°: 757/15 DMP/21/NCN

BERRECHID LE 31 Janvier 2021



ASKARDIL 160 mg 30 comprimés disponibles

PPV: 230H80
EXP: 10/2021
LOT: 98016 1

ASKARDIL 160 mg 30 comprimés disponibles

LOT: 98016 3
EXP: 10/2021
PPV: 230H80

vastatine

LOT: 197050 EXP: 06/21
PPV: 157DH10

LOT: 197050 EXP: 06/21
PPV: 157DH10

LOT: 197050 EXP: 06/21
PPV: 157DH10

Dr. KHADRE MOHAMED FOUD
11, Bd Mohamed V
Té: 0522.32.32.32
LOT: 192268
EXP: 10/2023
PPV: 46.70 DH

Cabinet de cardiologie

DR KHADRE Mohamed Fouad

Berrechid, le 14/02/90

Note d'honoraires

Nous exprimons nos sincères salutations à

Mr/Mme El Hail Nomedine

Lui adresse, selon l'usage, sa note

d'honoraires Echo coeur = 750,00 dh

Faisant la somme de

Sept cent cinquante dirhams

Dr. KHADRE MOHAMED FOUD
Cabinet de cardiologie
11 Bd Med V, 1^{er} Etage, Bâtiment Berrechid
Tél: 05.22.22.83.03-05.22.32.83.63
Cachet et signature



Information patient

Nom : EL HAIL

PRENOM : NOUREDDINE

DATE : 14/02/2020

MEDECIN TRAITANT : DR.M.F. KHADRE

COMPTE RENDU D'ECHOCARDIOGRAPHIE

- VG non dilaté, siège d'une HVG concentrique ($SIV/PP=12/12mm$), de bonne contractilité globale et segmentaire FEVG à 65%.
- Profil mitral type anomalie de relaxation $E / A =0.68$, PRVG basses $E / e'=5.33$.
- Massif auriculaire : OG non dilatée libre d'échos. (SOG à $19cm^2$)
: OD non dilatée libre d'échos. (SOD à $16cm^2$)
- Valve mitrale, IM minime, pas de RM.
- Valve aortique, sans fuite, ni sténose.
- Cavités droites non dilatées, Bonne fonction systolique du VD.
- IT minime estimant la PAPS à $22+5=27mmHg$.
- VCI à 10mm non dilatée, compliant.
- Péricarde sec.

Conclusion :

Aspect de cardiopathie hypertensive, FEVG à 65%.

IM minime.

Pas d'HTP.

Signé KHADRE MOHAMED FOUAD
Dr. KHADRE
11. Bd Med 4th Etage, Bureau N°16 BERRECHID
Tél. 05.22.32.83.03-05.22.32.33.33