

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



136494

Déclaration de Maladie : N° P19- 0007994

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0844 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KOSSOWSKA CHRAÏBI EWA 23/01/40 Date de naissance :
Adresse : 2 RUE DES ECOLES CASABLANCA
Tél : 06 52 212 305 Total des frais engagés : 1912,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 28/09/2022
Nom et prénom du malade : Chraïbi Ewa Age: 82
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
Signature de l'adhérent(e) :
Le : 28/09/2022



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
28/09/2022	C-ECG	300	dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. TAHIRI JOUTEY Adina Pharmacie de la Colline Rue parking CARREFOUR 514 Maarouf (Ancien Makro) Tel: 05 22 33 51 77 / 06 22 33 59 53 - GSM: 06 61 24 42 07 RC: 266955 - Pat: 36103109 - F: 50731792 - CRSS: 6063480 ICE: 000483820000044 - Email: paracetamol2011@hotmail.fr	28/9/22	1612,80

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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table><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		CCEFFICIENT DES TRAVAUX
H																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS														
		DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

.....28/09/2022..... باسم الشافي

NOTE D'HONORAIRES

الدكتور محمد بوزوباء

أمراض القلب والشرايين

Dr. M. BOUZOUBAA

CARDIOLOGUE

Echocardiographie Doppler Couleur

Echo Doppler Veineux et Artériel

Holter Tensionnel

Holter Rythmique

Epreuve d'Effort

Urgences Cardiologiques

J'ai l'honneur de présenter mes meilleures salutations

à Mme CHRAIBI EWA.....

Et lui adresse selon l'usage, ma note d'honoraires,

Consultation + ECG = 300 DH

soit la somme de : 300 DH (Trois cent DHs).

Dr. M. BOUZOUBAA
CARDIOLOGUE
13, Bd Ain Taoujtate (en face Clinique Badr)
Rés. ILIAS, N°6 - Bourgogne - Casablanca
Tél : 05 22 27 20 20 - Fax : 05 22 27 15 15

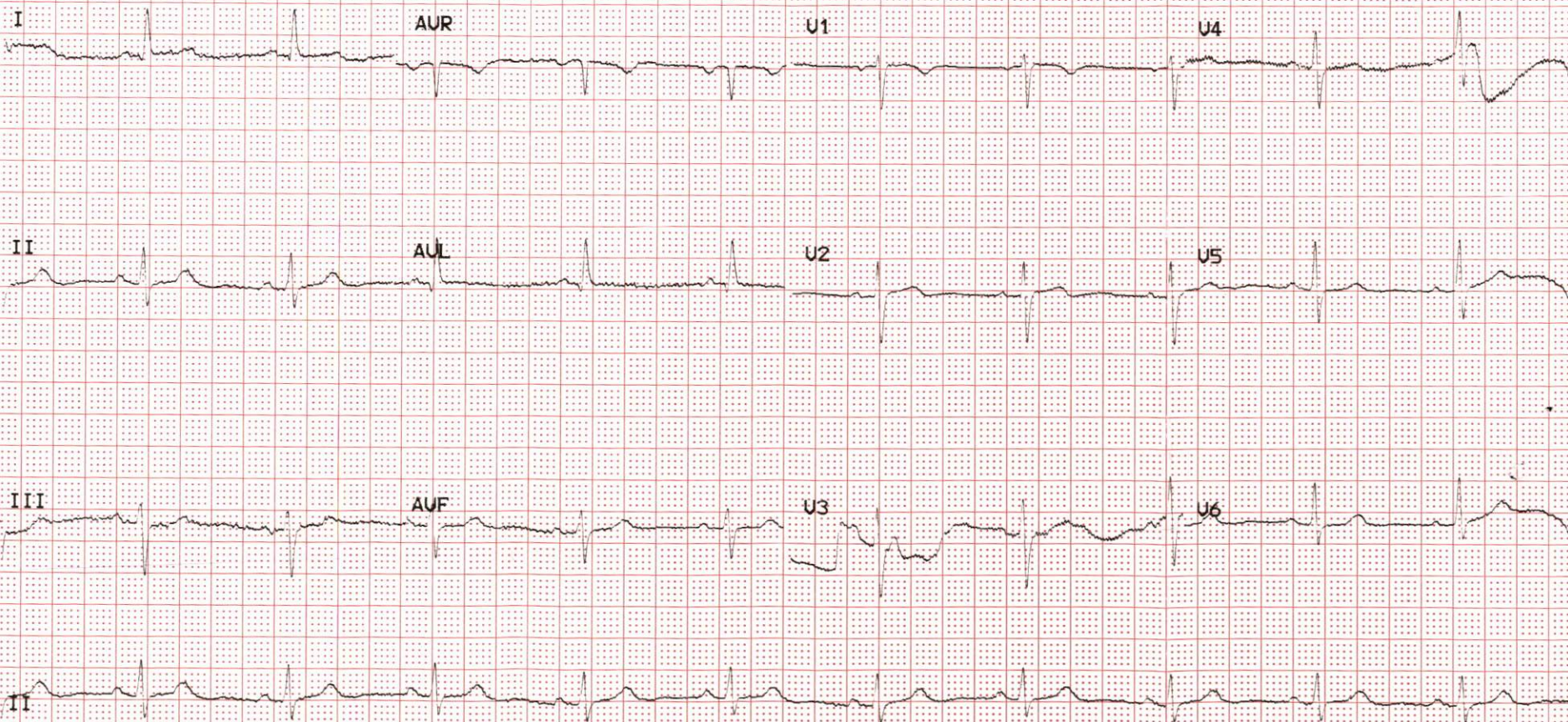
Résultats mesures:

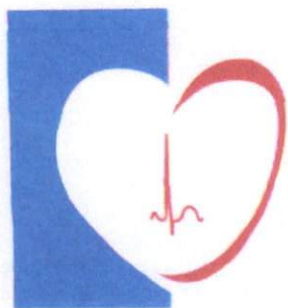
QRS : ms
QT/QTcB : / ms
PQ : ms
P : ms
RR/PP : / ms
P/QRS/T : / / degrés
QTD/QTcBD : ms
Sokolow : mU
NK :

Interprétation:

*** ATTENTION! MAUVAISE QUALITE DE L'ECG

rapport non confirmé





CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Le 28/09/2022

باسم الشافي

Mme CHRAIBI EWA

الدركتور محمد بوزوباء
أمراض القلب والشرابين

Dr. M. BOUZOUBAÂ
CARDIOLOGUE

98,40
1/ TAREG 40

(S.V)

1 CP / J Soir



2/ CRESTOR 5

(S.V)

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V: 114,10 DH

1 CP / J Soir



3/ CARDIO-ASPIRINE

(S.V)

1 CP / J Midi

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V: 27,70 DH
Bayer S.A.



4/ FOSAVANCE

(S.V)

Fosavance 5600 UI
4 comprimés
DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 193,60 DH



5/ CALCIFIX D3

5x420

4x20

4x20

4x20

(S.V)

Traitement d
TRAITEMENT A

4x20

4x20

TSITL

1612,80

Dr. M. BOUZOUBAÂ
CARDIOLOGUE
13, Bd Ain Taoujtate (en face de Clinique Badr), Résidence ILIAS, appt N°6 Bourgogne
20050 Casablanca - Tél. : 05 22 27 20 20 - Fax : 05 22 27 15 15 - cardiobouzoubaa@gmail.com