

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

60693

Déclaration de Maladie : N° P19-0000726

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05217 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

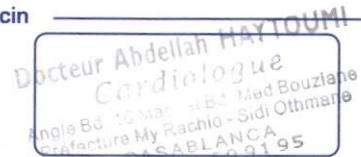
Nom & Prénom : EZZAHAF ELBOUAZZANI Date de naissance :

Adresse : 32 AV. QUEDDAH B CASABLANCA

Tél. : 0663572332 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27 FEB 2023

Nom et prénom du malade : EZZAHAF ELBOUAZZANI Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : 15 MAI 2023 / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
27/05/2023	act 50		300.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/09/22	172913

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. The teeth are arranged in a curve, with the upper arch curving upwards and the lower arch curving downwards. The diagram includes directional markers: 'H' at the top, 'D' on the left, and 'B' at the bottom. The teeth are numbered as follows: Upper arch: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. Lower arch: 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Docteur Abdellah HAYTOUMI
CARDIOLOGUE

Spécialiste des Maladies du Coeur et des Vaisseaux
Lauréat de la Faculté de Médecine de Nancy
Ancien attaché des hopitaux de France
Echo - Doppler Cardiaque et Vasculaire
Holter Tensionnel et Rythmique (ECG)



الدكتور حيتومي عبد الله

إختصاص في أمراض القلب و الشرايين و الدورة الدموية

خريج كلية الطب بنانسي

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا

الفحص الآلي للقلب - ارتفاع ضغط الدم

الدار البيضاء، في : Casablanca, le FFV 1000

Casablanca, le

الدار البيضاء، في : Casablanca, le 3 FFV 1022

200° x 4

- Micardis

80 May 1985

3m

29. $\sqrt{0}$

29. \int_0^1 $\frac{1}{1+x^2} dx$

or 1 - AS

879.50

docteur Abdelhak ATTOMI
Cardiologue
Dr M. M. S. Med Bouziane
Dr Bachir Sidi Othmane
ANCA

BOTTU S.A.
د. م. بوزيـار - شـارعـ وـرسـ - hid - CASABLANCA - Tél : 05 22 59 91 95

P032010-002

05 22 59 91 95 - الدار البيضاء - الهاتف :
Angle Bd. 10 Mars et Bd. Med Bouziane, Place de la

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :

EZZAHAF EL BOUZZAoui

Matricule :

0507

N° CIN : B 504556

 Adresse : JAMI LA 5 AU. QUES DAKHAB CASABLANCA N°32
 Tel. 0663572332

Bénéficiaire de soins :

 Adhérent

 Conjoint

 Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

EZ ZAHAF EL BOUZZAoui

Nécessitant un traitement d'une durée :

 < 3 mois

 Entre 3 et 6 mois

 A vie

- traitement permanent

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

 - H2 TAE II
 - C a oelle.

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

- Mocardus 80.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

Cachet et signature du médecin traitant

 Docteur Abdellah HATTOUM
 Cardiologue
 Angle Bd. 10 Mars et Bd. Med Bouzid
 Préfecture My Rachid - Sidi Othmane
 27 FEV 2023

*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées

ECG

Nom : EZ-ZAHAF ELBOUAZZZQUI
 SN : 0024209 Case No. :
 Male Age : 82Y
 Lit No. : Clinique N :
 Date : 27/02/2023 15:0:2
 Section :



Frequency:	1000Hz	PR Interval:	193 ms	Prompt:	25mm/s 10mm/mV
Length of complexes:	10s	QT Interval:	376 ms		
	71bpm	QTc Interval:	408 ms		
Interval:	131ms	P Axis:	45.80°Cb		
S Interval:	94 ms	QRS Axis:	50.10°Cb		
Interval:	212 ms	T Axis:	46.50°Cb		

Signature Medecin :