

## 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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 0051929

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 50031 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : VEUVE SKOURI MOHAMED

Date de naissance : 18/3/1950

Adresse : LOT ILHAM RUE Y.N°56 CASA

Tél. 0662 019550 Total des frais engagés : 345,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. NARGISS BOUROUAH  
MEDECIN

Gsm: 06 60 58 94 87 / Tél: 05 22 93 43 20

RIAD EL OULFA GZ ES N°7 - Casa

KCE 001 2016 200003A

Date de consultation : 27/05/2022

Nom et prénom du malade : HIRAT AMINA Age: 1950

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : D. N. NARGISS BOUROUAH

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 : CASA Le : 18/08/22

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° A-A-215 / 2019

### 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.



# 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
27/05/2022	C	200	200	
27/05/2022	EL6	100	100	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/05/22	45,50

# 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
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canalaires, 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																							
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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

# ORDONNANCE.

Dr. NARGISS BOUROUAH  
MEDECIN  
Gsm: 06 60 68 94 87 / Tel: 05 22 93 43 20  
Riad El Oudja G2 E5 N°7 - Casa  
KE : 001761612000032

Fait le 22.05.2022

Je Soussignée Certifie avoir  
reçu la Somme de Cent Dirhams  
en guise de prestation par E/C

réalise ce jour 27.05.  
den HJIBAT. AMINA

N° 13242758

Dr. NARGISS BOUROUAH  
MEDECIN  
Gsm: 06 60 68 94 87 / Tel: 05 22 93 43 20  
Riad El Oudja G2 E5 N°7 - Casa  
KE : 001761612000032



# Docteur Nargiss BOUROUAH

- \* Médecine Générale
- \* Diplômée en Echographie Générale de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca
- \* Diplôme en Mésothérapie de la Société Internationale de Mésothérapie
- \* Certificat Universitaire d'Expertise Médicale et Réparation du Dommage Corporel
- \* Certificat en Cupping Thérapie
- \* Certificat Universitaire en Auriculothérapie
- \* Certificat Universitaire en Obstétrique et Prise en Charge Grossesse
- \* Certificat Universitaire en Gynécologie Médicale
- \* Diplôme Universitaire en Homéopathie
- \* Diplôme Universitaire en Nutrition et Science des Aliments

## الدكتورة نرجيس بورواح

- \* الطب العام
- \* شهادة جامعية في الكشف بالصدى
- \* دبلوم في الميزوتيرابيا
- \* شهادة جامعية في الخبرة الطبية وجبر الضرر
- \* شهادة في الكابين تيرابي
- \* شهادة في أوريكلوتيرابي
- \* شهادة جامعية في الحمل والتوليد
- \* شهادة جامعية في طب النساء
- \* دبلوم جامعي في الطب التماثلي
- \* دبلوم جامعي في علم التغذية



Casablanca, le 24/05/2022 في الدار البيضاء،

me Amina Yagout

45.50



Sedating P.C. 2p=3/2

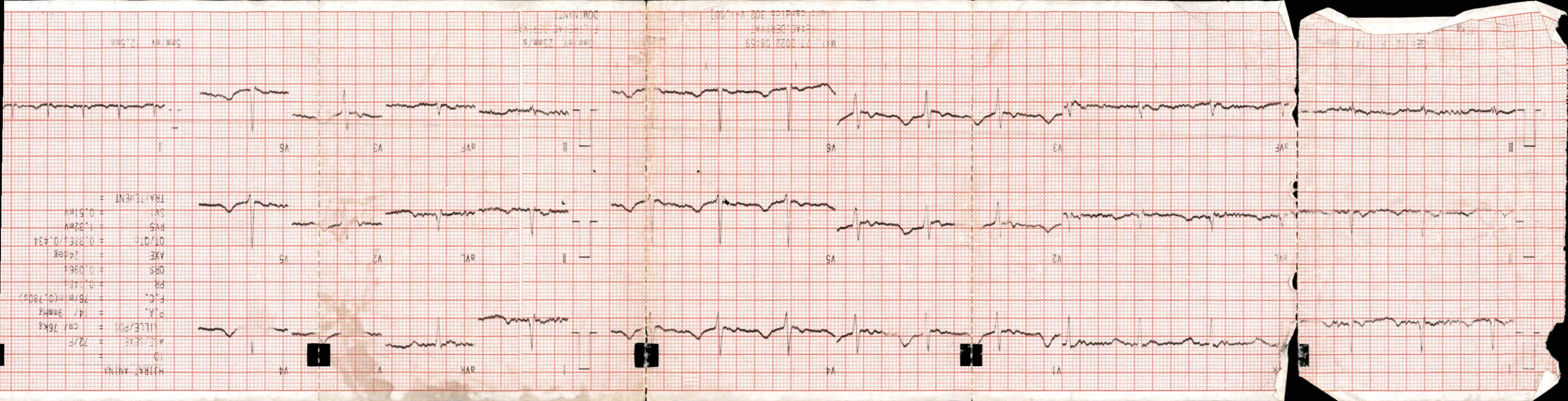
Pharmacie FERRARA  
Dr. KADIR Abdelmonim  
Hay Oulfa Wifag 4 Rue 123 N°1  
Tél: 05 22 61 32 36



BOTTU SA  
PPV : 45 DH 50

Éti  
Trouble  
Séd





HJIRAT ANINA

10  
A/E/SEX/E  
72/F  
A/E/SEX/E  
CM/76K8  
P.A. 4/ 9MMH8  
F.C. 76/M (0.7805)  
P2 0.12  
QRS 0.0968  
AXE 24deg  
QT/QTc 0.336/0.434  
RV5 1.92mV  
SV 0.51mV  
TRAPEZMENT

5mm/mV 25mm/s  
5mm/mV 25mm/s

MA 07 2022 08:59  
C:AD,DER,VA  
Lead 302 V-1,003