

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 canaux, 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 canaux.

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° M21- 073346

0661993361

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6621 Société : 143349

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : MAZIANE KHADJA

Date de naissance : 10/08/1960

Adresse : Rue de l'Indépendance 11 quartier

20000 Casablanca Maroc

Tél. : 0661993361 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/12/2022

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Affection Cardiologique

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 08/12/22 | G + EC | | 300 RH | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

PHARMACIE DU PLATEAU

32 Rue Auguste Comte 93170 VANVES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

10 FEV. 2023

17,01 €

N° SS 92 20203-59

Tél : 01 46 42 10 30

195,80 OFLS

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

| 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

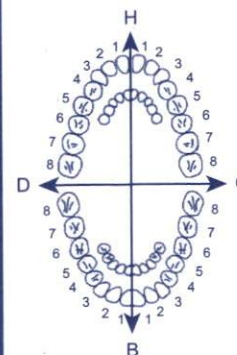
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

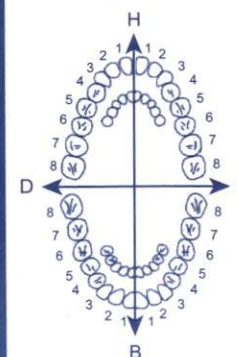
[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

DOCTEUR HANANE BOUTKHEMT

**Spécialiste des maladies du coeur
et des vaisseaux**

**DIPLÔME D'ECHOCARDIOGRAPHIE
UNIVERSITÉ DE BORDEAUX - FRANCE**



FRANCE
E FRANCE
EPFRET

ON ARTÉRIELLE - ECG
R CARDIAQUE ET VASCULAIRE
R RYTHMIQUE - EPREUVE D'EFFORT

الدكتورة حنان بوتخامت

اختصاصية في أمراض القلب
والشرايين وارتفاع الضغط الدموي
حاصلة على دبلوم الإيكوغرافيا
جامعة بوردو - فرنسا

تخطيط القلب - الفحص بالصدى والدوبلر بالألوان
تسجيل تخطيط القلب والضغط الدموي على مدى 24 ساعة
فحص الجهد

C 03400937146456

SN 13543MRGKX5N04
LOT HT1000
EXP 04/2025



Mme MAZIANE KHADIJA

blanca, le :

08/12/2022

**BOTTU SA
PPV: 97 DH 90**

20 mg
GmbH Ziegelhof 24, 17489 Greifswald, Germany

**BOTTU SA
PPV: 97 DH 90**

1701€ 1 - Kerlone 20 mg

97.90x2 1 Comprimé, à midi, après les repas,

2 - Co-anginib 50/12,5 mg

1 Comprimé le matin, après le repas

3 - Kardegic 160 mg

1 sachet à midi, après le repas

REGIME PEU SALE / TRAITEMENT DE 03 MOIS
TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'AU PROCHAIN
RDV

PHARMACIE DU PLATEAU

32 Rue Auguste Comte 92170 VANVES
DR HAJ BELGACEM ZOUHAIER

10 FEV. 2023

N° SS 92 20203 59

Tél. : 01 46 42 10 30



لا تقبل المراجعة بعد مرور أكثر من 10 أيام من تاريخ الفحص

إقامة نعيم، شارع أبو بكر القادري، شقة 7 عمارة 4 - سيدي معروف - الدار البيضاء - فوق قيسارية الذهب الأميرات
Résidence Naim, Avenue Abou Bakr El Kadiri, Appt 7, Immeuble 4, Sidi Maârouf - Casablanca
Au dessus du centre de bijouterie les princesses
Tél. : +212 5 22 58 46 28 / Gsm : +212 6 48 27 11 97 / Email : cabinetcardiologiehanane@gmail.com

INPE : 091200071

PHARMACIE DU PLATEAU
M. HAJ BELGACEM
32 RUE AUGUSTE COMTE
92170 VANVES
FRANCE
Tel: 0146421030
N° SIRET: 48334588000015
Code NAF: 4773Z - FR75483345880

Page 1 / 1

FACTURE

N°2351/785799

Du 10/02/2023

Date de l'échéance 11/02/2023

PHARMACIE DU PLATEAU
32 Rue Auguste Comte 92170 VANVES
D^r HAJ BELGACEM ZOUHAIER

10 FEV. 2023

N° SS 92 20203 59

Tél. : 01 46 42 10 30

MAZIANE KHADIJA
4 rue gustave flaubert
95120 ERMONT

Prescripteur : NISTREANU-POPOVICI LUCIA

N° AM : 750009060

N° RPPS : 10101176781

Opérateur: charlene c

| Désignation Code produit | Prest. | Taux Remb. | Qté | PUHT | Taux TVA | Montant Total HT |
|---|--------|---------------|-----|--------|-------------|---------------------|
| KERLONE 20MG CPR 84 3400937146456 N° Ordonnancier : 1088343 N° Lots : HT1000 | PH7 | 0 | 1 | 13,457 | 2,10% | 13,46 |
| Honor. dispens. HG7 | HG7 | 0 | 1 | 2,703 | 2,10% | 2,70 |
| Honor. dispens. HDR | HDR | 0 | 1 | 0,500 | 2,10% | 0,50 |

| Montant HT | Taux TVA (*) | Montant TVA | Montant TTC |
|-----------------|--------------|------------------|------------------|
| 16,66 | 2,1% (4) | 0,35 | 17,01 |
| Total HT | | Total TVA | Total TTC |
| 16,66 | | 0,35 | 17,01 |

Part AMO 0,00

Part AMC 0,00

Part Client 17,01

Mode(s) de règlement

Règlements multiples
(Espèces)

17,01

Reste dû

0,00

Montants exprimés en Euros

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

(u) indique les quantités unitaires

(*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1

Dr Hanane BOUTKHEMT

ECG

Nom : MAZIANE KHASSIA

Female

Age :

Clinique N :

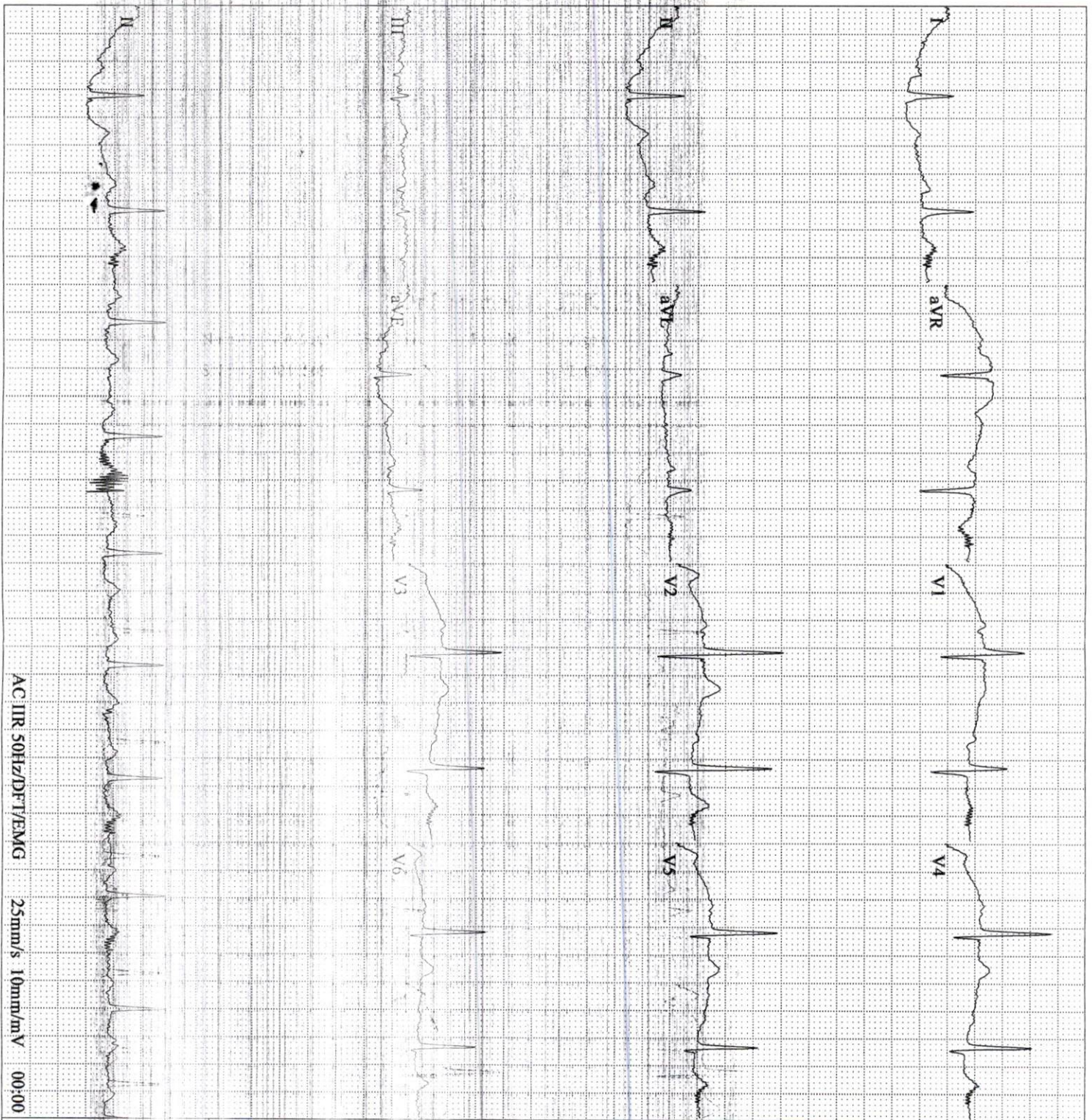
Section :

SN : 0011569

Case No. :

Lit No. :

Date : 08/12/2022 16:37:23



Fréquence: 75 bpm PR Interval: 259 ms Prompt:

Temps d'écha: 8s QT Interval: 439 ms

HR: 75 bpm QTc Interval: 484 ms

P Interval: 176 ms P Axis: 30.80°

QRS Interval: 90 ms QRS Axis: 31.80°

T Interval: 215 ms T Axis: 43.10°



Signature Medecin :