

# 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.



# Declaration de Maladie

N° W21-624277

MQ

CA

A

## Maladie

## Dentaire

## Optique

A

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 05383

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NEGGER CHAOUKI

Date de naissance : 16.04.1962

Adresse : 21bis Rue El Marmine Hay Errahma

Ex BEAUSÉJOUR

Tél. : 0625782628 Total des frais engagés : 1709,00

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : NEGGER CHAOUKI Age:

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'adjudicataire conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je suis au courant de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA

Le : 02/10/2019

Signature de l'adhérent(e) :

(1)

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

#### **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
11/05/2023	Visite	1	3000Dhs	INP : 1091142232 Docteur M.ZIZI CARDIOLOGUE 45, Av Hassan II - Casablanca Tel: 0522 22 12 00 - Fax: 0522 22 12 94

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<del>PHARMACIE HIBA Grand CHAFRY 01 40 32 39 2</del>	16/05/23	503,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>ateur M.ZIZI RADIOLOGUE Abidjan - 0521 22 13 94 142232</i>	16/05/2023	270 etc.	90000

AUXILIAIRES MEDICAUX

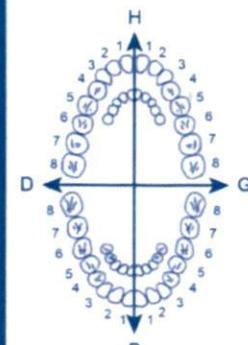
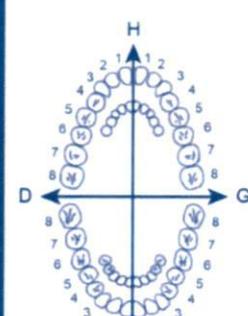
Tél.: Prénom et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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			
	H 25533412 00000000	D 00000000	G 21433552 00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	B 35533411		B 11433553	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'EXÉCUTION**

CABINET D'EXPLORATIONS CARDIO-RESPIRATOIRES

**DOCTEUR MOHAMED ZIZI**  
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris  
45 Avenue Hassan II

Casablanca

Tel : 0522.22.10.94 Fax : 0522.22.13.94  
E-mail : mdzizi@gmail.com

16.05.2023

**Facture de M.(Mme)**

**MEDDER GHADVI**  
**1200DA**

**La somme de**

Pour:	Consultation C2 .....	250DH.
	Radiographie Thoracique:Z12.....	150DH
	Exploration Fonctionnelle Respiratoire:K20 .....	650DH
	Tests Allergologiques:2K15 .....	650DH
	E.C.G.: K16 .....	300DH
	Echocardiographie Doppler couleur : Z 80.....	900DH
	Echo -Doppler Vasculaire: Z 60.....	800DH
	Holter (rythmique) (tensionnel) : K100 .....	1000DH
	Épreuve d'effort .....	1000DH

**Docteur M.ZIZI**  
CARDIOLOGUE  
45, Av Hassan II - Casablanca  
TEL: 0522 22 10 94 - Fax: 0522 22 13 94  
INP N° : 091142232

DD

# عيادة امراض القلب وداء الشرابين

CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

**Docteur M. ZIZI**

Titulaire du CES de Cardiologie de la  
faculté de médecine de Paris

Membre de la Société de Cardiologie  
de Langue Française  
Lauréat et Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

**MALADIES DU COEUR ET DES VAISSEAUX**

Echocardiographie-Doppler-  
Holter Rythmique - Tensionnel  
Expert assermenté auprès des Tribunaux



**الدكتور محمد الزيري**

خارج ممتاز من كلية الطب بباريس

حاصل على شهادة امراض القلب  
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض القلب  
طبيب سابق في مستشفيات باريس

أمراض القلب وداء الشرابين  
تخطيط صدى القلب  
الإيقاعي وضغط الدم



دار البيضاء في

28,80

Casablanca le 16 05 2023

MEGDER CHAOUKI

28,80

Vitanevril

1c matin et soir

50,70

CARDENTIEL 2.5

1c matin

103,40

TAHOR 20

1c le soir au coucher

326

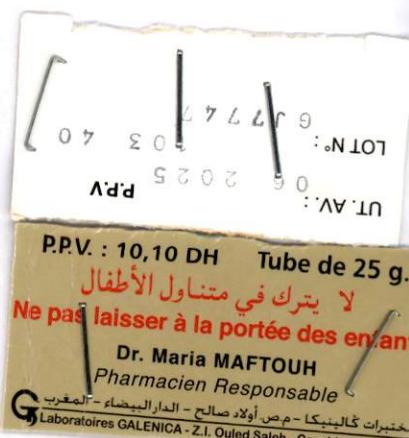
Plavix 75

316,00 1c le matin

10,10

HEC pommade

**TRAITEMENT POUR 30 JOURS**



### Dr ZIZI MOHAMED

16052023-023622	Nom	MEGDER, CHAOUKI
te naiss(Âge)	Sexe	Dte exam.
lisation		16-05-2023
agnostiquée par	Médecin réf.	Opérateur
uteur	Poids	Card.
(M)		SC
d	m1 m2 m3 m4 m5 m6	
Gd	1.80 1.80	cm Moyenne
'Gd	5.60 5.60	cm Moyenne
s	1.80 1.80	cm Moyenne
Gs	2.34 2.34	cm Moyenne
Gs	3.18 3.18	cm Moyenne
t(M)	2.13 2.13	cm Moyenne
t(M)	0.64 0.64	cm Moyenne
lissement SV% (TM)	30.23 30.23	%
lissement PPVG% (TM)	18.60 18.60	%
I/PPVGd (TM)	1.00 1.00	%
/PPVGs (TM)	1.10 1.10	%
i VG (TM)	43.28 43.28	%
VG (M) (Teichholz)	153.59 153.59	ml
/G (M) (Teichholz)	40.20 40.20	ml
G (M) (Teichholz)	113.39 113.39	ml
G (M) (Teichholz)	73.83 73.83	ml
se VG(C)	500.80 500.80	g

