

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

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

M23-0024434

☐ Maladie

☐ Dentaire

193965 ☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2160

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BOURQUIS Hassania

Date de naissance : 30/10/48

Adresse : 268, Bd Ziraoui N°7 CASA

Tél. : 0662717779 Total des frais engagés : 350DH + 1016,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/01/2024

Nom et prénom du malade : BOURQUIS HASSANIA

Age : 75

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

UNA / Dype / P / S / S / D / S / S

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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.

RABAT

Adhérent(e) :

Le : 08/02/2024

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
15/01/2022	Actes	3	350,-	

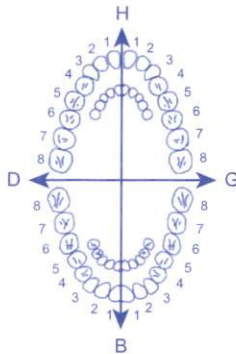
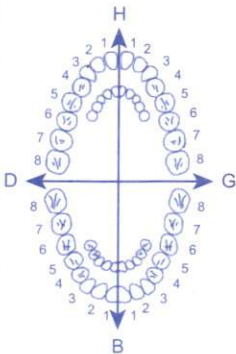
[illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

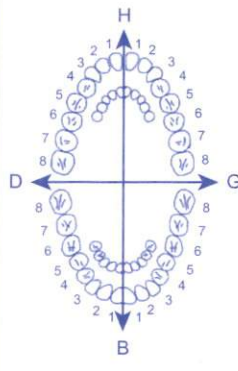
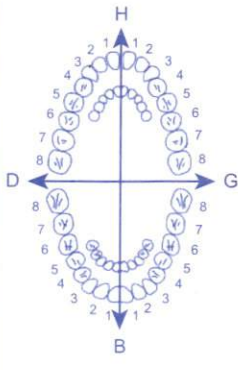
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/> DATE DU DEVIS <input style="width: 100%;" type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>														
	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veillez 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	<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					
	<div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div></div><div>D<div>0000000000000000</div>G</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
	<div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>				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 L'EXECUTION



الدكتورة مليكة الكتاني
أخصائية في أمراض القلب والشرابيت

Dr. Malika KETTANI
Cardiologue

فحص القلب بالمصدى - تسجيل تخطيط القلب 24 ساعة - تسجيل ضغط الدم 24 ساعة - اختبار إجهاد القلب
Echocardiographie Doppler - Holter Tensionnel - Holter-ECG - Epreuve d'effort

2. زنقة محاليل، إقامة أسبهان (ب)، الشقة 1، شارع العرعار
قطاع 15 - حي الرياض - الرباط (قرب صيدلية العرعار)

2, Rue Mahaleb, Rés. ASBAHANE B, App. 1, Av. El Araar, Secteur 15,
Hay Riad - Rabat (à côté de la Pharmacie EL ARAAR)

الهاتف : 05 37 71 12 18
المحمول : 06 61 55 65 72

kettani.malika@gmail.com

ICE 001658235000042

Rabat, le 15/01/2024

MME BOUROUIS HASSANIA

NOTE D'HONORAIRES

Consultation de cardiologie + ECG : 350,00 DHS


Dr. Malika KETTANI
Cardiologue
2, Rue Mahaleb, Rés. Asbahane B
Appt. 1, Av. El Araar, Sect. 15, Hay Riad
Rabat - Tél: 05 37 71 12 18
ICE: 001658235000042
INPE: 101071454

Diplômée de la Faculté de Médecine - Université Mohamed V - Rabat

Ancienne interne du CHU IBN SINA - Rabat

Ancienne interne de l'Hôpital LA PITIE-SALPETRIERE - Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

Ancienne attachée au Service de Chirurgie Cardio-Vasculaire à l'Hôpital IBN SINA - Rabat

Diplômée en Échocardiographie Doppler à l'Université VICTOR SÉGALEN - Bordeaux

خريجة كلية الطب - جامعة محمد الخامس - الرباط

طبيبة داخلية سابقا بالمركز الإستشفائي ابن سينا - الرباط

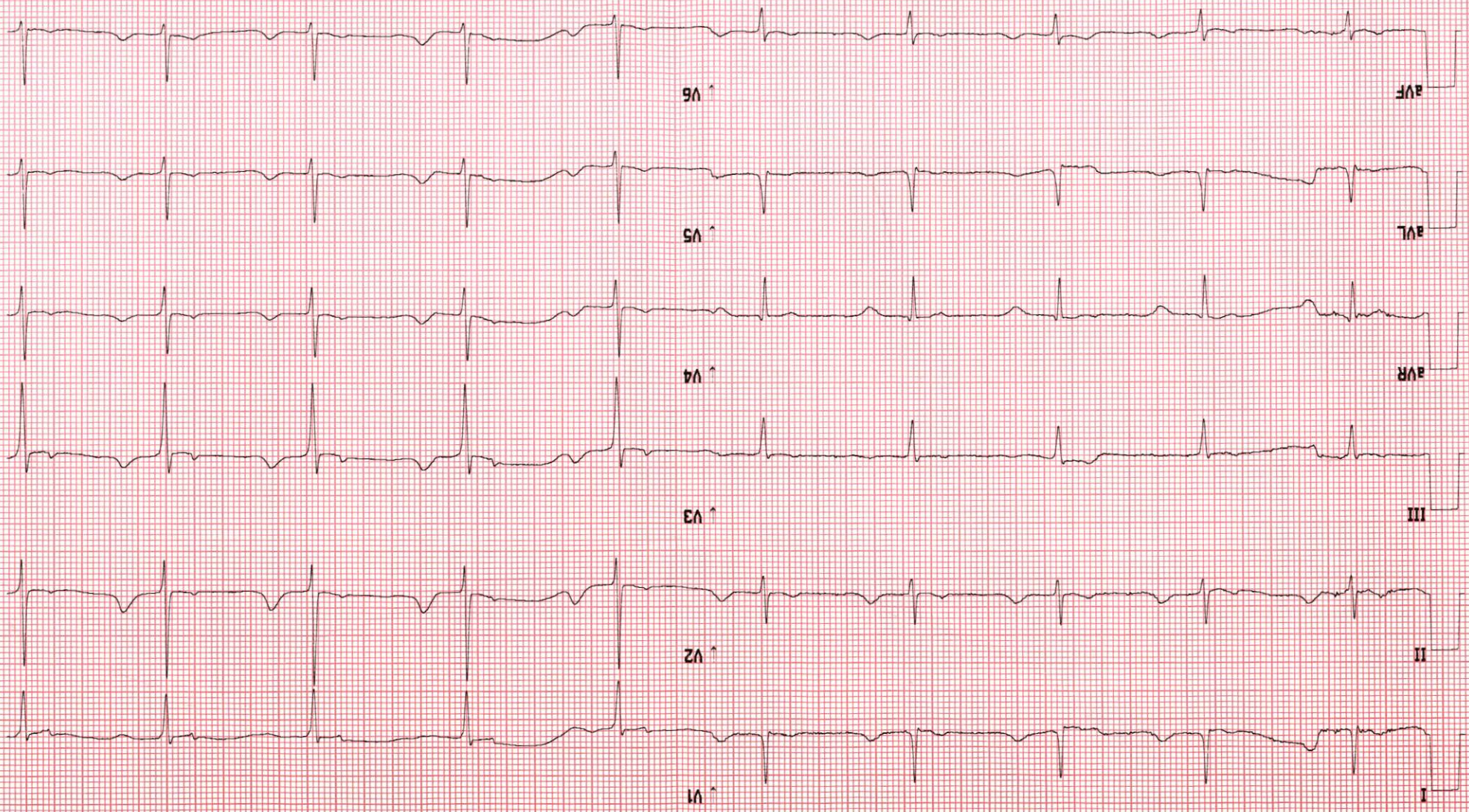
طبيبة داخلية سابقا بمستشفى لابيتي سالپيتريير - باريس

طبيبة ملحقة سابقا بمصلحة جراحة القلب والشرابيت بمستشفى ابن سينا - الرباط

حاصلة على شهادة فحص القلب بالمصدى بجامعة بوردو

Bourouis, Hassania
ID: D-naiss:30-Oct-1948
75ans, Fem.

Fréq. Card: 57 BPM
Int PR: 205 ms
Dur. QRS: 96 ms
QT/QTc: 421/415 ms
Axes P-R-T: 60 -9 26





الدكتورة مليكة الكتاني
أخصائية في أمراض القلب والشرائط

Dr. Malika KETTANI
Cardiologue

فحص القلب بالصدى - تسجيل تخطيط القلب 24 ساعة - تسجيل ضغط الدم 24 ساعة - اختبار إجهاد القلب
Echocardiographie Doppler - Holter Tensionnel - Holter-ECG - Epreuve d'effort

2. زنقة محالب، إقامة أسبهان (ب)، الشقة 1، شارع العرعار
قطاع 15 - حي الرياض - الرباط (قرب صيدلية العرعار)

2, Rue Mahaleb, Rés. ASBAHANE B, App. 1, Av. El Araar, Secteur 15,
Hay Riad - Rabat (à côté de la Pharmacie EL ARAAR)

الهاتف : 05 37 71 12 18
المحمول : 06 61 55 65 72

kettani.malika@gmail.com

Boukrouis
HASSANIA

Régime pour
en jeuner et en viande
saine

Dr. Malika KETTANI
Cardiologue
2, Rue Mahaleb, Rés. Asbahane B
Rabat - Tél: 05 37 71 12 18
ICE: 001658235000048
INPE: 101071454

Pharmacie du Conseil
Dr. Youssef LAHLOU
33, Rue de Rabat - Témara
Tél: 05 37 74 11 63

198,20 x 2

396,40 TEWAN 51600

25,00

2)

Pharmacie du Conseil
Dr. Youssef LAHLOU
33, Rue de Rabat - Témara
Tél: 05 37 74 11 63

30,70 x 2

61,40

KARDECIC 57500

11/03/2000
(hu)

Diplômée de la Faculté de Médecine - Université Mohamed V - Rabat
Ancienne interne du CHU IBN SINA - Rabat

Ancienne interne de l'Hôpital LA PITIE-SALPETRIERE - Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
Ancienne attachée au Service de Chirurgie Cardio-Vasculaire à l'Hôpital IBN SINA - Rabat

Diplômée en Echocardiographie Doppler à l'Université VICTOR SEGALEN - Bordeaux

Dr. Malika KETTANI
Cardiologue
2, Rue Mahaleb, Rés. Asbahane B
Rabat - Tél: 05 37 71 12 18
ICE: 001658235000048
INPE: 101071454

خريجة كلية الطب - جامعة محمد الخامس - الرباط
مليكة داخلية سابقا بالمركز الاستشفائي ابن سينا - الرباط
طبيبة داخلية سابقا بمستشفى لابيقي سالبيرير - باريس
طبيبة ملحقة سابقا بمصلحة جراحة القلب والشرائط بمستشفى ابن سينا - الرباط
حاصلة على شهادة فحص القلب بالصدى بجامعة بوردو

AMM N°: 460/15 DMP/21/NNP
PPV: 198,20 DHS

N° Lot: 3HW520
Fab: 04/2023
Per: 04/2025

AMM N°: 460/15 DMP/21/NNP
PPV: 198,20 DHS

N° Lot: 3HW481
Fab: 01/2023
Per: 01/2025

Lotevan®

Amlodipine/Valsartan
30 Comprimés Pelliculés

5/160^{mg}

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V: 167,00 DH

6 118001 183111

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V: 167,00 DH

6 118001 183111

ATENOR®
Atenolol 100 mg

KARDEGIC 75MG
SACHETS 830
P.P.V: 30DH70
LOT: 23E008
PER: 04 2025

6 118000 061847

KARDEGIC 75MG
SACHETS 830
P.P.V: 30DH70
LOT: 23E008
PER: 04 2025

6 118000 061847

6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

Re m B6 375mg 30 GÉLULES

167,00 x 2
334,00

CRESTOR 2 amp

suppl à son

6,80 x 2
13,60

5) CANOT HVR 25 ff

suppl à jennis

99,00

6) PEVALIN MB 137 Sup

Pharmacie du Conseil
Dr. Youssif LAHLOU
Tél: 05 37 74 11 63

suppl à son
encore

87,30

7) DERMORFIX

suppl à son
encore

1016,70

+ CIPILAR lait

suppl à son sécs

1 amp x 21

(15 sup + 15 sup)

+ ARNICA

suppl à son
encore

Dr. Malika KETTANI
Cardiologue
2, Rue Mohamed VI, Hay Riad
Appt. 3, Av. Elmorabbi, Hay Riad
Rabat - Tél: 05 37 71 12 18
ICE: 001658235000042
INPE: 101071454

III 30300
/ho/

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	Bourouis Hassania
Matricule :	2160
N° CIN :	B11364
Adresse :	268, Bd Ziraoui N° 7 CASA
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité :
N° ICE :	N° INPE : 100021454
Certifie que Mlle, Mme, M. :	Bourouis Hassania
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
HTA severe / Dyslipidémie / Hypoglycémie	
Dont ci-joint ordonnance : oui.	
Traitement prescrit : Lopressor 50mg / Amlodipine 10mg / Metformine 1000mg	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	le :
Cachet et signature du médecin traitant :	
	

* Cette déclaration est renouvelable une fois
En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées