

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A ETRE FOUR 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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W19-500872

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) 23973			
Matricule :	0301	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : SOUHI BOUCHAIB			
Date de naissance : 25/12/42			
Adresse : 9, RUE DES 1815 HAY RAHA CASABLANCA			
Tél. :	05 22 366243	Total des frais engagés : 100000 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
<p style="text-align: center;">Professeur CHIBI Soltane ZIJAHA Abdelhoussein Center Annexe au Centre et Aoual 5ème Etage Casablanca 20000 Tel. : 05 22 86 00 60</p>			
MUPRAS			
<p style="text-align: center;">SOUHI BOUCHAIB ACCUEIL SPRA</p>			
<p>Cachet du médecin :</p>			
<p>Date de consultation : 19/12/2019</p>			
<p>Nom et prénom du malade : SOUHI BOUCHAIB</p>			
<p>Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant</p>			
<p>Nature de la maladie : HTN - HTN avec SPRA</p>			
<p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 10 mois</p>			
<p>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.</p>			

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 : **19/12/2019**

Signature de l'adhérent(e) : **efi**

ACCUEIL

SPRA

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
19.12.19		2454	355,00	INP : 05/12/2019
19.12.19	Echo	2201	1000,00	Signature

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
11/02/2013	11/02/2013		

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.														
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées (Leave blank for ODF)	Nature des Soins (Leave blank for ODF)	Coefficient (Leave blank for ODF)										
				INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>										
ODF PROTHESES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 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 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	
H	G													
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>												
		MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>												
		DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>												
		DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

Dr. Saïd CHRAIBI

Professeur en Cardiologie
de la Faculté de Médecine
de Casablanca
Ancien Médecin des Hôpitaux de Genève

Spécialiste des maladies du cœur
et des vaisseaux

Cardiologie adulte - Cardiologie pédiatrique
Hypertension artérielle - Echographie Doppler
Holter tensionel - Holter rythmique - Epreuve d'effort



الدكتور سعيد الشرابي

أستاذ في أمراض القلب
طبيب سابق بمستشفيات جنيف

أخصائي في أمراض القلب والشرايين
وارتفاع الضغط الدموي

الشخص بالصدى - البوظير - الشخص بالجهد

Casablanca le :
19 DECEMBRE 2013

RF Sultani frère d'au

218,00 x 7 of Agro vel for SV

1 - 0 - 0

21 Anses 0 - 1 - 0

PHARMACIE DAHBI
Bloc 66, N° 13 Bis 2 Sidi Othmane
Casablanca
Tél : 05 22 55 76 00

113,50 x 12 31 Iby perim my SV

1 - 0 - 0

مركز عبد المؤمن - تقاطع شارع عبد المؤمن و شارع أنوال، الطابق الخامس، رقم 501 (فوق مقهى بريوش دوري)، الدار البيضاء

Abdelmoumen Center - Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen, 5^{ème} étage, n°501 (au dessus du café Brioche Dorée), Casablanca

الهاتف / الفاكس : sdchraibi@gmail.com - Urgences : 06 64 476 471 - Tél/Fax : 05 22 86 04 46 - 05 22 86 04 46

of Cardos Aguirre

0 - 1 - 0

2888,00

Бунд

PHARMACIE DAHBI
Bloc 66, N° 13 Bis 2 Sidi Othmane
Casablanca
Tél : 05 22 55 76 00

Prosesseur CHRAIDI 64bit
CARTE MÈRE Q1/Q2/Q3
Adelmannic
Tel.: 05 22 86 00 96 / 05 22 86 04 46
05 22 86 00 96 / 05 22 86 04 46
Adelmannic
Centre d'Apprentissage et de Formation
Technologique

SOUKI - BONCHA 1B 0301

elli
abl
Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebââ Casablanca
Aprovel 300 mg. cp b 28
P.P.V : 218,00 DH
6 118001 080908

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebââ Casablanca
Aprovel 300 mg. cp b 28
P.P.V : 218,00 DH
6 118001 080908

Ain sebââ Casablanca
Aprovel 300 mg. cp b 28
P.P.V : 218,00 DH
6 118001 080908

Ain sebââ Casablanca
Aprovel 300 mg. cp b 28
P.P.V : 218,00 DH
6 118001 080908

Ain sebââ Casablanca
Aprovel 300 mg. cp b 28
P.P.V : 218,00 DH
6 118001 080908

Ain sebââ Casablanca
Aprovel 300 mg. cp b 28
P.P.V : 218,00 DH
6 118001 080908

Aprovel 300 mg. cp b 28
P.P.V : 218,00 DH
6 118001 080908

sanofi a

MXGS054



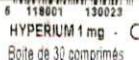
6 118001 130023
HYPERIUM 1 mg O
Boite de 30 comprimés
PPV : 113,50 DH
Servier Maroc - Casablanca

MXGS054



6 118001 130023
HYPERIUM 1 mg O
Boite de 30 comprimés
PPV : 113,50 DH
Servier Maroc - Casablanca

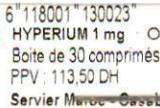
504 55 27



6 118001 130023
HYPERIUM 1 mg O
Boite de 30 comprimés

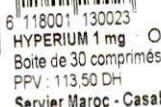
HYPERIUM 1 MG B30
PPV: 113DH50

MXGS054



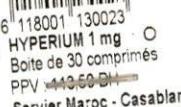
6 118001 130023
HYPERIUM 1 mg O
Boite de 30 comprimés
PPV : 113,50 DH
Servier Maroc - Casablanca

MXGS054



6 118001 130023
HYPERIUM 1 mg O
Boite de 30 comprimés
PPV : 113,50 DH
Servier Maroc - Casablanca

MXGS054



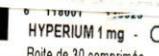
6 118001 130023
HYPERIUM 1 mg O
Boite de 30 comprimés
PPV : 113,50 DH
Servier Maroc - Casablanca

MXGS054



6 118001 130023
HYPERIUM 1 mg O
Boite de 30 comprimés
PPV : 113,50 DH
Servier Maroc - Casablanca

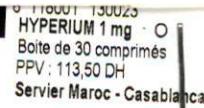
504 55 27



6 118001 130023
HYPERIUM 1 mg O
Boite de 30 comprimés

PPV : 113DH50
HYPERIUM 1MG B30

MXGS054



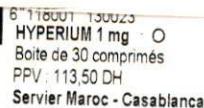
6 118001 130023
HYPERIUM 1 mg O
Boite de 30 comprimés
PPV : 113,50 DH
Servier Maroc - Casablanca

505 55 27



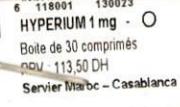
6 118001 130023
HYPERIUM 1 mg O
Boite de 30 comprimés
PPV : 113,50 DH
Servier Maroc - Casablanca

MXGS054



6 118001 130023
HYPERIUM 1 mg O
Boite de 30 comprimés
PPV : 113,50 DH
Servier Maroc - Casablanca

505 55 27



6 118001 130023
HYPERIUM 1 mg O
Boite de 30 comprimés
PPV : 113,50 DH
Servier Maroc - Casablanca

Cabinet médical Professeur Chraibi Said Cardiologue

Abdelmoumen Center , angle Bd Abdelmoumen et Anoual
5ème étage, No 501, Casablanca
Tél. : 05 22 86 00 46 – 05 22 86 04 46

CONSULTATIONS :

Lundi, Mardi, Mercredi, Jeudi, de 8H à 16H,
Vendredi de 8H à 12 H
Samedi de 8H à 12H
(Sur rendez-vous)

Casablanca le 19/12/2019

Mr. Souki Bouchaib

Echocardiographie Doppler

Ventricule gauche non dilaté, non hypertrophié
Bonne contractilité des parois du VG
FEVG à 71 %
OG non dilatée, SOG à 24 cm²
Cavités droites non dilatées, VD non hypertrophié
Bonne fonction VD
OD non dilatée.
Valve mitrale non épaisse
Micro IM
Valve aortique non calcifiée
Pas d'IA ni RAo
IT minime , PAPS à 33 mmhg
VCI non dilatée
Péricarde sec

Au Total :

*Ventricule gauche non dilaté, non hypertrophié
Bonne contractilité des parois du VG
FEVG 71 %
Pressions de remplissage non élevées
Pas d'HTAP : PAPS à 33 mmhg
VD normal
Micro IM*

Professeur CHRAIBI Said
CARDIOLOGUE
Abdelmoumen Center Angle Bd. Abdelmoumen
et Anoual 5ème étage - Casablanca
Tél. : 05 22 86 00 46 / 05 22 86 04 46
Pr. Chraibi Said

PHARMACIE DAHBI

SOUKI BOUCHAIB
MUPRAS
ICE: IX-19 500879
N:

Facture N° : 04/2019

DATE : 19/12/2019

Arrêtée la présente facture à la somme de :

«DEUX MILLE HUIT CENT QUATRE VINGT HUIT DHS.....»

 PHARMACIE DAHBI
Bloc 66, N° 13 Bis 2 Sidi Othmane
Casablanca
Tél : 05 22 55 76 00

Pr Said CHRAIBI

Nom : SOUKI BOUCHAREB : Male Age : Clinique N : Section :
 SN : 0020092 Case No. : Lit No. : Date : 19/12/2019 15:34:20

I

II

III

aVR

aVL

aVF

V1

V2

V3

V4

V5

V6

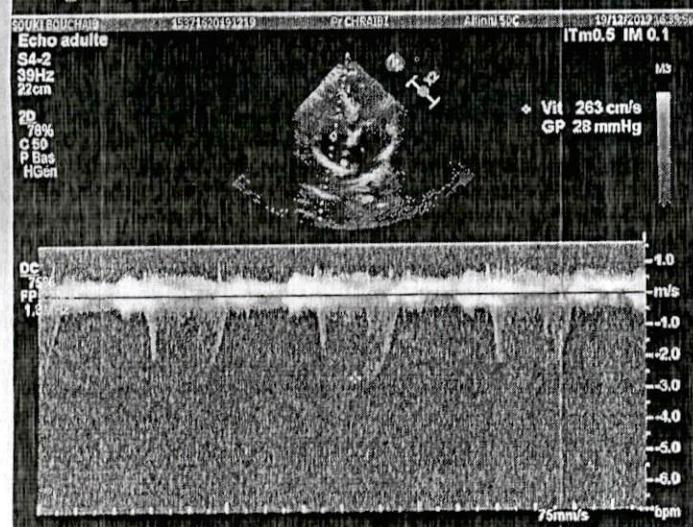
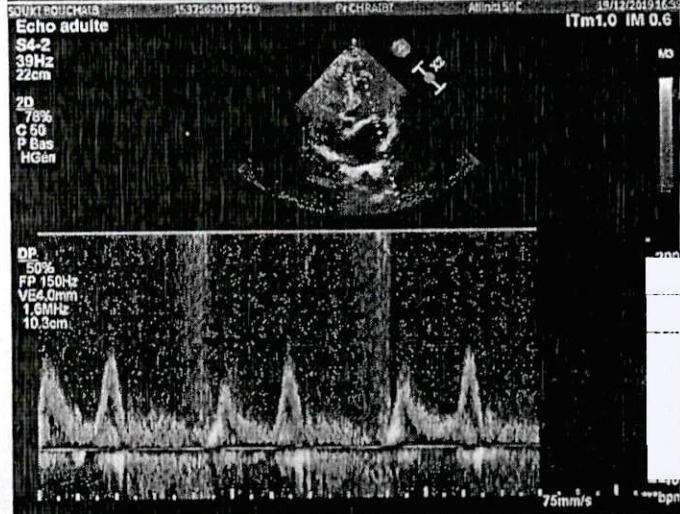
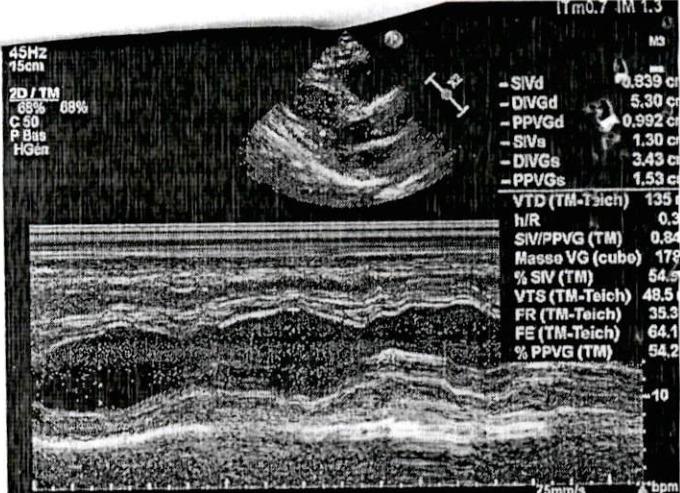
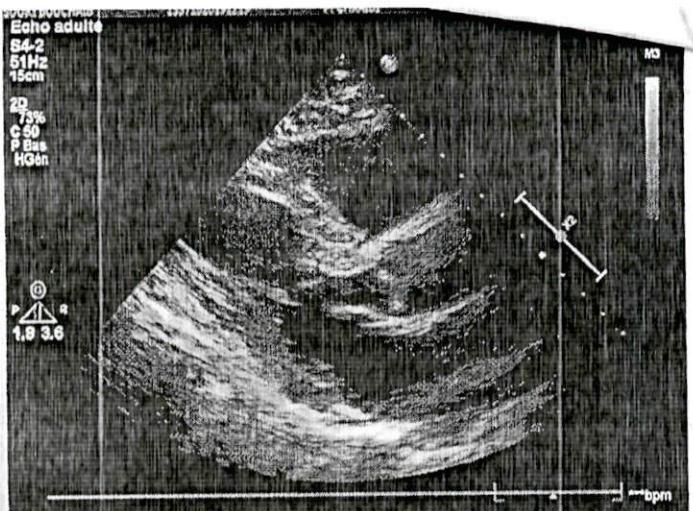
00:00

HR 50Hz/DFT

25mm/s 10.00mm/mV

Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	--	Prompt:
Temps d'écha	8s	QT Interval:	--	
HR:	65bpm	QTc Interval:	--	
P Interval:	--	P Axis:	--	
QRS Interval:	--	QRS Axis:	--	
T Interval:	--	T Axis:	--	

Signature Medecin :



Cabinet médical Professeur Chraibi Said

Cardiologue

Abdelmoumen Center, angle Bd Abdelmoumen et Anoual
5ème étage, N° 501, Casablanca
Tél. : 0522 86 00 46 / 0522 86 04 46

CONSULTATIONS :

Lundi, Mardi, Mercredi, Jeudi, Vendredi
De 8H à 16H, Samedi de 8H à 12H
(Sur rendez-vous)

Casablanca, le 19/12/2019

REÇU

Je soussigné **Pr. Chraibi Said** avoir reçu **1300,00** dirhams de la part de Mr **SOUKI Bouchaib** comme frais de Consultation, Electrocardiogramme et d'Echo Cœur

- | | |
|-------------------------------------|-------------|
| • Consultation, Electrocardiogramme | : 300.00DH |
| • Echo Cœur | : 1000.00DH |

TOTAL : 1300.00DH

Pr. CHRAIBI Said

Pr. CHRAIBI Said
CARDIOLOGUE
Abdelmoumen Center Angle Bd. Abdelmoumen
et Anoual 5ème Etage / Casablanca
Tél. 05 22 86 00 46 / 05 22 86 04 46