

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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1867**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SALIMI MOHAMED

Date de naissance :

Adresse : **HAY MOUARAKA - Bl. MY N° 8 AL QODS**

BERREBI

Tél. : **0672 034665**

Total des frais engagés : **11150.00 #** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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'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 : **EL MANSOURA**

Le : **25/01/2023**

Signature de l'adhérent(e) :

SALEH

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Chapman & Hall Ltd 752 Hay Mowbray Arnoussi - Casablanca 05 22 73 84	19.1.1923	850,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ONP

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

Page 1 of 1

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pharmacie YAFÀ
Mme AL KHAFIF AMAL
Imm 52 Hay Moubarak
Sidi Bernoussi - Casablanca
Tel 05 22 73 84 44

Docteur ALI Dr EL MAKHLOUF
PROFESSEUR AGREGE
CABINET D EXPLORATION CARDIOVASCULAIRE
ADULTE ET PEDIATRIQUE

5 RUE MOHAMED ABDOU RESIDENCE LE PARC APPT N°2

CASABLANCA
Tél : 0522298155/59
Email : elmakhlouf@gmail.com

A CASABLANCA Le 19 janvier 2023

Mr SALIMI Mohamed (83 ans)

2180x6
ASPEGIC 100 MG
1 SACHET PAR JOUR SANS ARRET
S.V.

CARDIX 25 MG:
1/2 CP PAR JOUR MATIN SANS ARRET

57,80x4
LD NOR 10 MG:
1 PAR JOUR LE SOIR SANS ARRET
192,40x4
TRIATEC 5 MG : 1 CP PAR JOUR
TTT A NE PAS ARRETER
S.V.

815,00

123 mrs

ASPEGIC 100MG SACHETS B20 P.P.V : 21DH80 LOT : ZZE002 PER : 03/2024	ASPEGIC 100MG SACHETS B20 P.P.V : 21DH80 LOT : ZZE002 PER : 03/2024	ASPEGIC 100MG SACHETS B20 P.P.V : 21DH80 LOT : ZZE002 PER : 03/2024	ASPEGIC 100MG SACHETS B20 P.P.V : 21DH80 LOT : ZZE002 PER : 03/2024
6 118000 061113	6 118000 061113	6 118000 061113	6 118000 061113

122,10 TRIATEC® 5mg 30 Comprimés 6 118000 060192			
---	---	---	---

Docteur ALI Dr EL MAKHLOUF

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdouh - Casa
Tél: 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89

LD-NOR 10mg
30 comprimés pelliculés
LOT : 221191
EXP : 09/2025
PPV : 57.80DH
6 118000 082217

LD-NOR 10mg
30 comprimés pelliculés
LOT : 221191
EXP : 09/2025
PPV : 57.80DH
6 118000 082217

LD-NOR 10mg
30 comprimés pelliculés
LOT : 221191
EXP : 09/2025
PPV : 57.80DH
6 118000 082217

LD-NOR 10mg
30 comprimés pelliculés
LOT : 221191
EXP : 09/2025
PPV : 57.80DH
6 118000 082217

EN CAS D'URGENCE APPElez LA CLINIQUE JERRADA
0522238181
DR EL MAKHLOUF 0661131483

LOT : 221191
EXP : 09/2025
PPV : 57.80DH

Le 19/01/2023

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien

Je soussigné: **Dr. EL MAKHLOUF Aït**
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdouh - Casa
Tél: 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89

Certifie que Mlle, Mme, M : **SALEM Mohamed**

Présente: **hypertension artérielle + Dyslipidémie**

Nécessitant un traitement d'une durée de:

De longue durée et sans limite

Dont ci-joint l'ordonnance: **Dr. EL MAKHLOUF Aït**
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdouh - Casa
Tél: 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89

(A défaut noter le traitement prescrit):

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52

É - mail : Mupras @ royalairmaroc.com

ECG

Dr EL MAKHLOUF Ali

NOM:MOHAMED SALIMI

ID :

Genre :Homme

Age :83

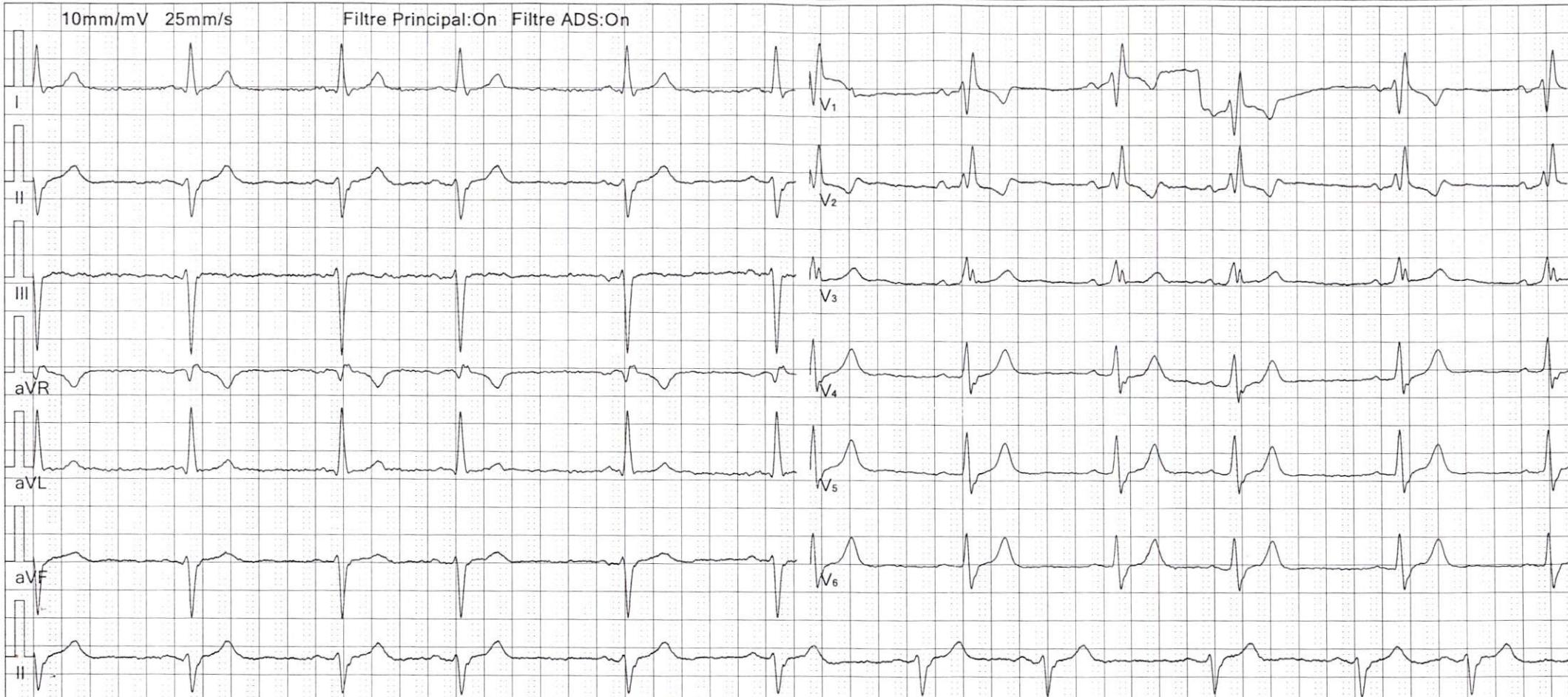
DDN :01-07-1939

Date Test :19-01-2023 15:11

Case #: Investigation #: Médecin Référent:.

10mm/mV 25mm/s

Filtre Principal:On Filtre ADS:On



Fréquence :	1000 Hz	Interval.QT :	434 ms
Durée ECG :	20 s	Interval.QTc :	426 ms
FC :	58 bpm	Axe P :	48.1°
Durée P :	107 ms	Axe QRS :	-57.4°
Durée QRS :	129 ms	Axe T :	43.2°
Durée T :	275 ms	RV5/SV1:	0.74/0.43mV
Interval.PQ :	161 ms	RV5+SV1:	1.17mV

Suggestion :

TA: 136/79

P: 68 kg

Signature Médecin: