

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

- 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

N° W19-528169

ND: 30742

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6085 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Kamal

Nom & Prénom : THAYFA

Date de naissance : 01.01.58

Adresse : 97, Bd Moulay El Bacha Casablanca

Tél. : 068138989 Total des frais engagés : #1159,40 # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Abdelmoulib DOUIEB
CARDIOLOGUE
14, Rue Al Araar (Ex. Gay Lussac)
Mers Sultan CASABLANCA
Tél : 05 22 44 47 81 - 11-88-88-88-88

Date de consultation : 18 Juin 2020

Nom et prénom du malade : THAYFA KAMAL Age : 1958

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

Nature de la maladie : Hypertension

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 : Casablanca 29/06/20 Le : 29/06/20

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant la réalisation des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 18 juin 2020 | Cat. CCE | | 30000 | Docteur Abdelhak BACHA CAFODIOL Rue Al Arsa Mers Sultan - CASA BLANC Tél: 822-48-37-91 - Urgence: 06-15-4244 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| Pharmacie M. Bouhria 60, Bd Melay Idhar Casablanca Tél: 0522 28 00 07 | 18/06/2020 | 159.40 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

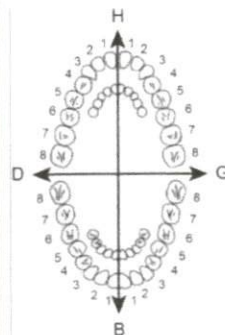
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

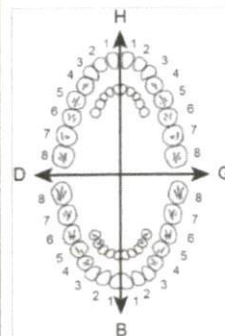
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | 10000 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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

DR Abdelmoujib DOUIEB
CARDIOLOGUE

Diplômé de l'université de LYON
Diplômé en Echographie et Doppler Cardiaque
Ancien Membre de la Société Française de Cardiologie

Casablanca le : 18.06.2020

Thiyfa kamal

Bestor 10 mg : 1 cp le soir

159.40
Tensiometre electronique

4 mois

ORLIMEDIS AGENCE 20 AOÛT
23, Rue Lamine El Glaoui, Quartier
des Hâdjouj, Casablanca
Tél : 05.22.86.58.21
Fax : 05.22.27.37.09

060219 1021
PPV 159D.H40

159,40

Docteur Abdelmoujib DOUIEB
CARDIOLOGUE
94, Rue Al Araâr (Ex. Gay Lussac)
Mers Sultan - Casablanca 01
Tél.C:022.48.37.91-GSM:061.15.62.45

Cabinet de cardiologie et d'explorations cardio-vasculaires
94.Rue AL ARAAR (Entre Rondpoint Mersultan et Alpha 55) - Casablanca -
Tél : 05.22.48.37.91 et 05.22.48.63.58 **uniquement SUR RDV**

Urgences de nuit : clinique Franceville (Bd Ghandi)

Facture N° : FN202549

MR THIYFA KAMAL

20 AOUT

| Date | CLIENT | PAGE |
|----------|----------|------|
| 19/06/20 | 34210475 | 1 |

| Référence commande N° | Representant | Mode d'expédition | Mode de règlement |
|-----------------------|--------------|-------------------|-------------------|
| 20 AOUT | 20AOUT | NOS SOINS | |

| Référence | Qté | Désignation | TVA | P.U HT | R% | MT HT |
|-----------|-----|----------------------|-----|---------|----|--------|
| OR-00M3 | 1 | TENSIOMETRE OMRON M3 | 20% | 583,333 | | 583,33 |

ORLIMEDIS AGENCE 20 AOUT
23, Rue Lahcen Elarjoun, Quartier
des Hôpitaux - Casablanca
Tél : 05 22 86 58 21
Fax : 05 22 27 37 09

| MT HT | TVA | MT TVA |
|--------|-----|--------|
| 583,33 | 20% | 116,67 |

| H.T | Mt TVA | Total TTC |
|--------|--------|-----------|
| 583,33 | 116,67 | 700,00 |

Arrêtée la présente facture à la somme de:
Sept cents DHs

ECG

CABINET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES DOCTEUR A. DOUIEB

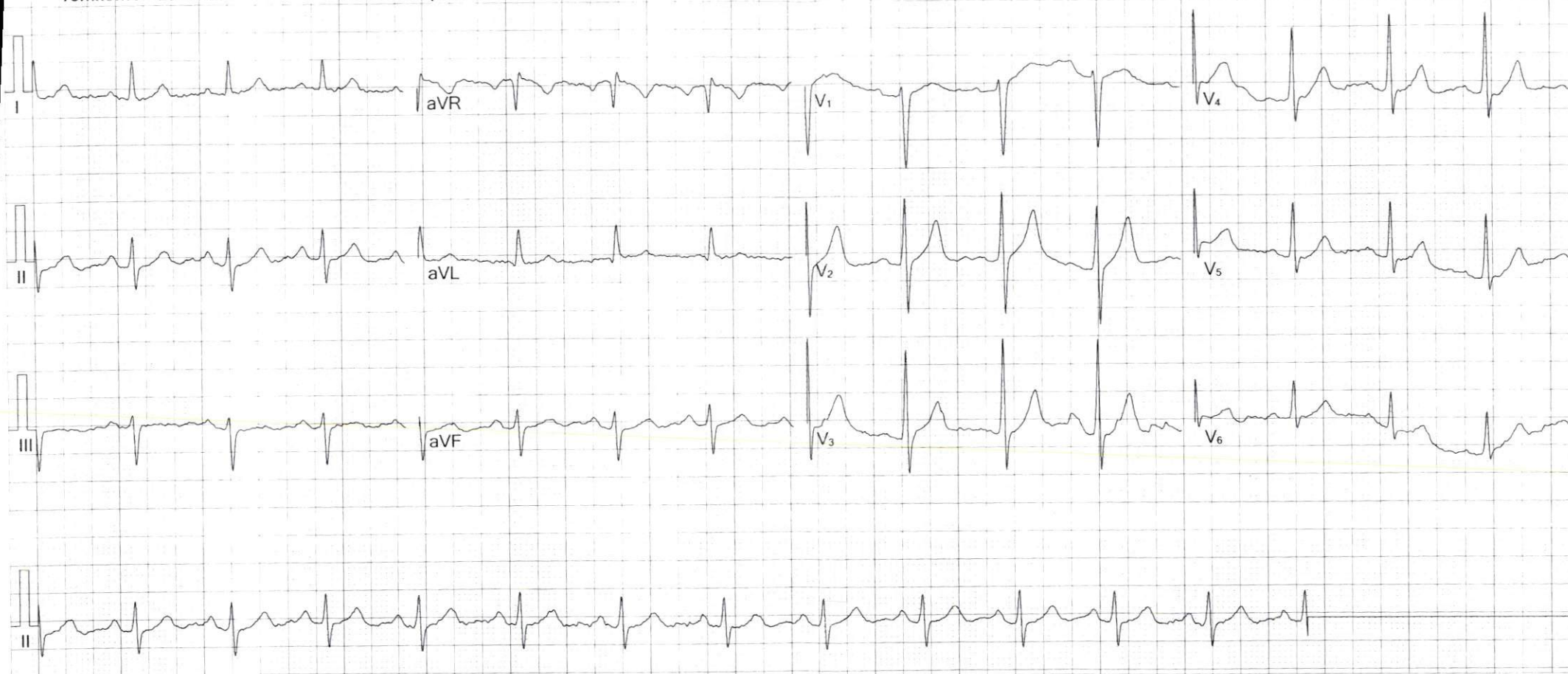
94 Rue Al Araar Mersultan Casablanca - Tél :05.22.48.37.91

NOM:THIYFA KAMAL ID : Sexe : Age : Date Test :18-06-2020 10:04

Médecin Référent: DR A. DOUIEB

10mm/mV 25mm/s

Filtre Principal:On Filtre ADS:On



| | | | |
|-----------------|---------|------------------|-------------|
| Fréquence : | 1000 Hz | Intervalle QT : | 387 ms |
| Durée Ech.: | 9 s | Intervalle QTc : | 463 ms |
| FC : | 86 bpm | Axe P : | 65.7° |
| Durée P : | 123 ms | Axe QRS : | -21.2° |
| Durée QRS : | 85 ms | Axe T : | 46.0° |
| Durée T : | 272 ms | RV5/SV1: | 1.02/1.25mV |
| Intervalle PR : | 178 ms | RV5+SV1: | 2.27mV |

Suggestion

Docteur Abdelmoujib DOUIEB
CARDIOLOGUE
94 Rue Al Araar (Ex. Gay Lussac)
Mers Sultan - Casablanca 01
Tél.C:022.48.37.91-GSM:061.15.62.45

Signature Médecin: