

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.

Diagnostique 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.

Prothèse :

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

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



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19- 060220

ND: 40393

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3230 Société : R.A.M

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite

Nom & Prénom : ELIMAN ELAKROU Abdelaziz

Date de naissance : 01. 06. 1947

Adresse : 236 Bd Med V CASA.

Tél. : 06 18873 188 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologue
5 Rue Med. Abdouh - Casa
Tél. 05 22 20 45 45 / 05 22 47 76 89

Date de consultation : 17. 07. 2020

Nom et prénom du malade : M. ELIMAN ELAKROU Age : 72

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

Nature de la maladie : MUPRAS

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 1

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 : CASA Le : 18/09/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
17/07/2013		3	355	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE GRANADA LAHLOU NABIL Loubna Société à responsabilité limitée Secteur 25 N° 27-29 - Casablanca Tél: 05 22 89 48 44	17/07/2013	1613,15

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

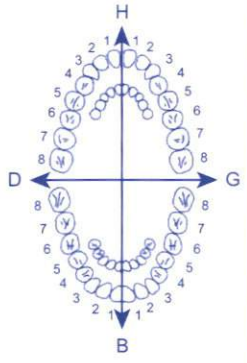
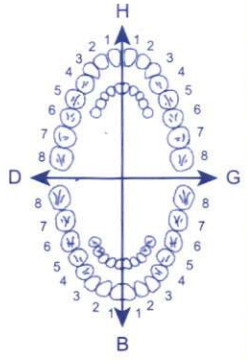
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	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 PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF
Cardiologie adulte et pédiatrique
Explorations Cardio-vasculaires

5 rue Mohamed Abdou

CASABLANCA

Tél. : 0522 29 81 55 / 59 ou 0522 47 26 89

Dom : 0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97

GSM cabinet : 06 78 18 18 16

Casablanca, le 17/07/2020

M Abdelaziz EL IMAM EL ALAOUI

1 - KARDEGIC 160 mg: 1 PAR JOUR X 4 MOIS

2 - DETENSIEL cp enrobé séc 10 mg
1/2 CP CP MATINA MIDI SANS ARRET

3 - COTAREG 160 mg: 12.5
1 CP PAR JOUR SANS ARRET LE MATIN

4 - MONONITRIL 20 mg : 1 CP MATIN ET SOIR SANS ARRET

5 - LEVAMOX 1 g/125: 1 cp par jour

6 - COTIPRED 20 MG : 2 CP PAR JOUR X 05 JOURS

7 - MEBERVERINE FORTE : 1 cp/j

8 - NO-DOL : 1 CP PX 2 PAR JOUR SER

9 - DIAMICRON 60mg: :
2 CP PAR JOUR

10 - RELAXOL 500 : le soir x 10 jours

PHARMACIE JERRADA
LAHLOU M. EL LOUBNA
Lotissement M. El Loubna
Rue 25 Août - 29 - Casablanca
Tél.: 05 22 89 48 44

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

TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VISITE
EN CAS D'URGENCE APPELER LA CLINIQUE JERRADA OASIS AU :

05 22 23 81 81 OU 05 22 23 84 52/53/54

OU ENVOYER UN MESSAGE ECRIT AU : 06 61 13 14 83

ELIMAM. ELAOUZ

3230.

LOT : 20E010
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
PER : 09/2021

LOT : 20E014
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
PER : 11/2021

DETENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables
6 118001 101788
PPV : 72.00 DH

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables
6 118001 101788
PPV : 72.00 DH

6 "118001" 030521"
COTAREG 160/12.5 mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 203.00 DH

6 "118001" 030521"
COTAREG 160/12.5 mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 203.00 DH

6 "118001" 030521"
COTAREG 160/12.5 mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 203.00 DH

LOT 202856
EXP 02/25
PPV 49DH50

LOT 202857
EXP 02/25
PPV 49DH50

- Mononitil 20mg
(2)

LEVAMOX® 1g 16 COMPRIMÉS EFFÉVESCENTS
PPV 157DH00
LOT 94037 3
EXP 05/2021

LEVAMOX® 1g 12 COMPRIMÉS EFFÉVESCENTS
PPV 134DH80
LOT 83066 3
EXP 05/2021

- Levamox (2)

PPV : 48DH50
PER : 09-22
LOT : I2155

PPV : 48DH50
PER : 09-22
LOT : I2156

- Cotipred 20mg.
(2)

190815
04/2024
54,70

191632
07/2024
54,70

- Melservene forte
(2)

30,00

30,00

- No-Dol 400mg
(2)

78,70

Diamiron 60mg

LOT : 19E009
RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V : 53DH10
PER : 10/2022

Relaxol 500mg.

BP 81311 CASABLANCA

Welch Allyn CardioPerfect

Nom:
Numéro: EL IMAM EL ALAOUI ABDELAZIZ
M ou Mme: Inconnu
né le: Age: (-)

Enregistré: 17/07/2020 15:17:56
Enregistré par
Médecin de référence
Endroit:
Commentaire:

P / PQ 113 ms / 193 ms
QRS dur: 109 ms
QT / QTc / QTd 404 m / 399 m / -
P/QRS/T axis: 45° / -28° / 103°
Rythme cardiaque: 57 bpm

TA - 125/68

