

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.

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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0040177

ND: 42195

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3230 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite
Nom & Prénom : EL IMAN EL AIAOUI Abdelaziz
Date de naissance : 01.06.1947
Adresse : 236 Bd Mohamed V CASABLANCA
Tél : 06.18873188 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. EL MAHLOUF A. H. 5, Rue Mohamed Fakir, Aggrégé Cardiologie, Tél: 05 22 20 45 45
Date de consultation : 17/07/2009
Nom et prénom du malade : Mr. EL IMAN EL AIAOUI Age : 62
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : H.T.A.
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

Le : 17/07/2009

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

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE GRANADA 15 N° 27 - 26 - Casablanca Tél.: 05 22 18 90	17/07/20	1551,20

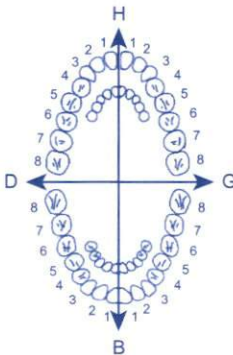
[illegible][illegible]

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 80%;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="width: 15%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 80%;">MONTANTS DES SOINS</div> <div style="width: 15%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 80%;">DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="width: 15%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 80%;">FIN D'EXECUTION</div> <div style="width: 15%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> H <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <div style="width: 45%;"> 25533412 00000000 </div> <div style="width: 45%;"> 21433552 00000000 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%; margin-top: 5px;"> <div style="width: 45%;"> D 00000000 35533411 </div> <div style="width: 45%;"> G 00000000 11433553 </div> </div> B </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 80%;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="width: 15%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 80%;">MONTANTS DES SOINS</div> <div style="width: 15%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 80%;">DATE DU DEVIS</div> <div style="width: 15%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 80%;">DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="width: 15%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div>
(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

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

MME Fatima EL IMAM EL ALAOUI

139.20 x 3 = 417,60

1 - DILRENE 300 mg

1 CP PAR JOUR X 3 MOIS

119.50 x 2 = 239,00

2 - ATACAND 4 mg :

1/2 CP LE LE MATIN SANS ARRÊT

122.70 x 3 = 368,10

3 - DAFLAN 500 mg : 1 PAR JOUR X 3 MOIS

63.30 x 2 = 126,60

4 - ROVAMYCINE 3MN CPR BT10

1 Comprimé 3 fois par jour X 7 JOURS

58.40 x 3 = 175,20

5 - SOLUPRED 20 mg :

3 CP/J X 3 JOURS PUIS 2 CP/J X 3 jours puis 1 cp/j x 3 jours puis arrêt

82,10

6 - INEXIUM 20 mg: 1 Cp SOIR

71.30 x 2 = 142,60

7 - TANAKAN 40MG CPR BT30

1 Comprimé 2 fois par jour

1551,20

PHARMACIE GRANADA
LAHLOU NABIL Loubna
Lotissement Meftouna Lot. N° 39
Rue 25 N° 27 - 29 - Casablanca
Tél.: 05-22 89 43 44

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdouh - 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

EL IMAM EL AGAOUI 3230

PPV
LOT
PER
139,20

ATACAND
4mg
Bte de 30
Cpr séc
38/16 DMP/21NRQ P.P.V: 119,50DH

122,70

PPV
LOT
PER
139,20

ATACAND
4mg
Bte de 30
Cpr séc
38/16 DMP/21NRQ P.P.V: 119,50DH

122,70

PPV
LOT
PER
139,20

Atacand
4mg

122,70

Dilexene
(3)

(2)

Daflon
(3)

LOT: 040000
PER: 06 2022
ROVAMYCINE 1,5 MUI
CP PEL B16
P.P.V: 63DH00

58,40

LOT: 040000
PER: 12 2021
ROVAMYCINE 1,5 MUI
CP PEL B16
P.P.V: 63DH00

58,40

Rovamycine
(2)

TELECOM
1111
CTD

noires casablanca
INEXIUM
20 mg
Botte 14
Cpr GR
640/15 DMP/21NRQ P.P.V: 92,60 DH

71,30

58,40

Inexium
(1)

Solupred
(3)

71,30

Tanakan
(2)

PHARMACIE GRANADA
LAHLOU NABIL Loubna
Lotissement Mestouna Lot. N° 39
Rue 25 N° 27 - 29 - Casablanca
Tel.: 05 22 89 48 44

Welch Allyn CardioPerfect

Nom:
Numéro: EL IMAMA el ALAOUI FATIMA
M ou Mme: Inconnu
né le: (-)

Enregistré:
Enregistré par
Médecin de référence
Endroit:
Commentaire:

17/07/2020 14:59:15

P / PQ: 122 ms / 178 ms
QRS: 94 ms
QT/QTc/QTd: 355 ms / 392 ms / -
Axe P/QRS/T: 65° / 0° / 42°
Rythme cardiaq 81 bpm

