

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **Informations 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.

## **Pathologie 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.

## **Education :**

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

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**

Nº P19-0030669

ND: 45204

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0444

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DIABE - D. SSS

Date de naissance : 01-01-1944

Adresse : Dar Salama Rue J. int 3 - N° 1. S. Cada

Tél. : 06-11 13 04 45

Total des frais engagés : 2931,20 - Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 15/10/2016

Nom et prénom du malade : M. DIABE - Driss

Age : 76

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : AH - TA

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 : Casa -

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 27/10/2020

#### **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
15-10-2016	G + K + U	3	300	Dr. HAKIMILOUFI Ali, 5, Rue Aggrégé Cardiologue, Med. Abdouh - Casablanca

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMA KHLAS Mme S. ARI Docteur C. Nacie 136, Rue Ibn El Ouanna Casablanca - Tél. 60-8746	15/10/2020	2631,20

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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 canalaires, ainsi que le bilan

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

**Monsieur DIABE Driss**

Casablanca le 15/10/2020

*31,30 X 4*  
1- ZYLOKIC 200 MG  
1 CP PAR JOUR X 3

157 DH 80

157 DH 80

157 DH 80

157 DH 80

*75,70 X 4*  
2- ROSUVAS SUN 10 MG  
1 LE SOIR SANS ARRET

KARDEGIC 160M  
SACHETS B30

KARDEGIC 160M  
SACHETS B30

KARDEGIC 160M  
SACHETS B30

KARDEGIC 160M  
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70

P.P.V : 35DH70

P.P.V : 35DH70

P.P.V : 35DH70

*35,70 X 4*  
3- KARDEGIC 160 MG :  
1 SACHET PAR JOUR SANS ARRET

EXFORGE HCT

EXFORGE HCT

EXFORGE HCT

EXFORGE HCT

10mg/160mg/12.50mg/160mg/12.5

10mg/160mg/12.50mg/160mg/12.5

10mg/160mg/12.50mg/160mg/12.5

10mg/160mg/12.50mg/160mg/12.5

28 comprimés pelliculé

28 comprimés pelliculé

28 comprimés pelliculé

28 comprimés pelliculé

PPV : 361.00 DH

PPV : 361.00 DH

PPV : 361.00 DH

*36,70 X 4*  
4- EXFORGEHCT 10MG:/160 MC  
1 CP PAR JOUR SANS ARRET

*72,00 X 4*  
5- DETENSIEL 10MG CPR SECABLE 30  
1 comprimé 1 fois par jour pendant 3 mois.

118001 1017 118001 1017 118001 1017 118001 1017  
PPV : 72,00 DH PPV : 72,00 DH PPV : 72,00 DH PPV : 72,00 DH  
ibué par Cooper P ibué par Cooper P ibué par Cooper P ibué par Cooper I

*3 mois*

*263120*

*DR. S. M. MACHOUF*  
PROFESSEUR  
5, Rue Mohamed  
Abdou  
Casablanca

# Welch Allyn CardioPerfect

Nom: DIABE DRISS  
Numéro: DIABE DRISS  
M ou Mme: Masculin  
né le: 01/01/1944 76 années

Enregistré:  
Enregistré par  
Médecin de référence  
Endroit:  
Commentaire:

15/10/2020 08:31:39

P / PQ: 135 ms / 182 ms  
QRS: 105 ms  
QT/QTc/QTd: 428 ms / 419 ms / -  
Axe P/QRS/T: 65° / -27° / 47°  
Rythme cardiaq 55 bpm

$$TA = \begin{cases} 151/49 \\ 140/52 \end{cases}$$

$$\text{Poids} = 67 \text{ Kg.}$$

