

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

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



ND: 28 286

Déclaration de Maladie : N° P19-0019339

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0847 Société : Rom.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE
Nom & Prénom : AMJOUEL Saïd Date de naissance : 01/01/1949
Adresse : 84 A RESIDENCE DES ROSES APPT N° BEAUSOUL CASABLANCA
Tél. : 0613214100/0522394810 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/05/2020
Nom et prénom du malade : AMJOUEL Saïd Age : 71
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : HTA, Dyslipidémie
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 : 04/06/2020
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0019339

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 847
Nom de l'adhérent(e) : AMJOUEL
Total des frais engagés : 2860,20 DH
Date de dépôt : 04/06/2020

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
29-05-2020				
03	C3		300	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>Pharmacie Mourad 59, Bd. Borrichid Am Chag Casa - Tél: 0522 80 20 20</p>	29/05/2020	2560,20 DM

[illegible][illegible]

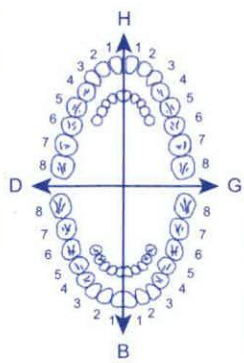
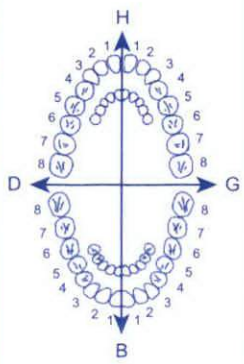
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

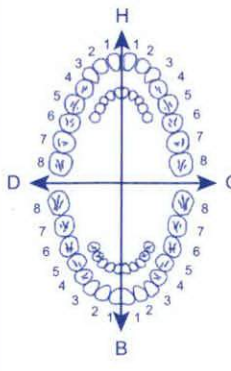
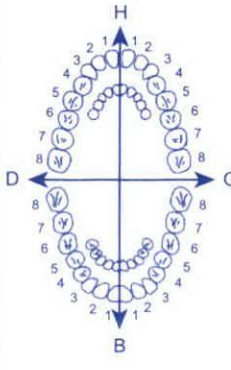
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			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"/>														
	<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			
	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

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

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE					
		<div>H</div> <div><div><div>25533412</div><div>00000000</div><div>D</div><div>00000000</div><div>35533411</div></div><div><div>21433552</div><div>00000000</div><div>G</div><div>00000000</div><div>11433553</div></div></div> <div>B</div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>	
		[Création, remont, adjonction]					
		Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					
					DATE DU DEVIS	<input type="text"/>	
					DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>	

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 29 Mai 2020

Mr Said AMJOUEL

1 - EXFORGE 10mg/160
1 PAR JOUR SANS ARRET

2 - SECTRAL 200 mg : 1 / 2 CP PAR JOUR
TTT A NE PAS ARRTER

3 - CRESTOR 5MG : 1 CP LE SOIR SANS ARRET

4 - D-STRESS : 1CP X 2 PAR JOUR SANS ARRET

LOT : 8MA01V
PER: 08 2021
SECTRAL 200 MG
CP PEL B20
P.P.V : 37DH80
6 118000 060154

LOT : 8MA01V
PER: 12 2021
SECTRAL 200 MG
CP PEL B20
P.P.V : 37DH80
6 118000 060154

LOT : 8MA01V
PER: 08 2021
SECTRAL 200 MG
CP PEL B20
P.P.V : 37DH80
6 118000 060154

Pharmacie Mouad
CHRAÏBI Mouad
59, Bd. Berrechid Ain Chock
Casa - Tél: 0522 60 89 14

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 196,20 DH
6 118001 183104

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 196,20 DH
6 118001 183104

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 196,20 DH
6 118001 183104

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 196,20 DH
6 118001 183104

Lot: DS06/19
DLC: 06/2022
P.P.C: 109,00 DH : 109,00 DH

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



Welch Allyn CardioPerfect

Nom: SAÏD AMJOUËL
Numéro: A.S
M ou Mme: Masculin
né le: Age: (-)

Enregistré: 29/05/2020 10:56:2020
Enregistré par
Médecin de référence
Endroit:
Commentaire:

TA = 132 / 73

P / PQ 127 ms / 185 ms
QRS dur: 100 ms
QT / QTc / QTd 367 m / 390 m / -
P/QRS/T axis: 37° / 36° / 21°
Rythme cardiaque: 73 bpm

