

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 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 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: 98 886

Déclaration de Maladie : N° P19-0019339

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0847 Société : Rom. RETRAITÉ.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : AMJOUZI Saïd Date de naissance : 01/01/1949

Adresse : 84 A Résidence des Flores APPT N° Beaujolais CASABLANCA

Tel. : 06 13 21 41 00 / 05 22 39 48 14 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/05/2020

Nom et prénom du malade : AMJOUZI 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) : AMJOUZI

Total des frais engagés : 2860,20 DH

Date de dépôt : 04/06/2020

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
29-05-2020				
02	c3		3000	L MAKALO DOCTEUR A. Legé C. Abdou 22 20 81 55 50 . D

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Mouad CHRAIBI MOUAD 59, Bd. Barroischild Am Chab Casa - Tél: 0522 60 22 22	29/05/2020	2560,20 Dhs

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	

VOLET ADHERENT

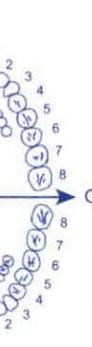
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 de l'ostéodensitométrie.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET GACHET 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

361,00x4
1 - EXFORGE 10mg/160
1 PAR JOUR SANS ARRET



37,00x3
2 - SECTRAL 200 mg : 1/2 CP PAR JOUR
TTT A NE PAS ARRTER



196,00x1
3 - CRESTOR 5MG : 1 CP LE SOIR SANS ARRET



109,00x2
4 - D-STRESS : 1CP X 2 PAR JOUR SANS ARRET



SECTRAL 200 MG
CP PEL B20
P.P.V : 37DH80
6 118000 060154

LOT : 8MA011V
PER : 12.2021
SECTRAL 200 MG
CP PEL B20
P.P.V : 37DH80
6 118000 060154

LOT : 8MA011V
PER : 08.2021
SECTRAL 200 MG
CP PEL B20
P.P.V : 37DH80
6 118000 060154

LIVRAIRIE CHRAIBI Mouad
69, Bd. Bourguiba Ain Chock
Casab. Tel: 0522 50 89 14

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

Maphar
Km 10, Route Côtier 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 6mg 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

DS04/19
04/2022

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

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

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: SAID AMJOUEL
Numéro: A.S
M ou Mme: Masculin
né le:

Age: (-)

Enregistré:
Enregistré par
Médecin de référence
Endroit:
Commentaire:

29/05/2020 10:56:2020

TA = 132 / 73

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

