

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.

Maladie chronique :

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

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° P19-0030667

ND: 2311

☒ Maladie

☒ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0444 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : DIABE Driss
Date de naissance : 01.01.1944
Adresse : Dar Salama - Rue J. Inbl. 3 - N°7 - A.S.
Hay. Mohammadi - Casa
Tél. 06.11.12.04.45 Total des frais engagés : 2931,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/06/2020
Nom et prénom du malade : DIABE Driss Age : 76
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : HTA, Dyslipémie
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

Le : 16/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

10-06-2020	C3+1C16		3000	Dr. ELMAKHLOU Ali Professeur Agrégé Cardiologie 5, Rue Med. Abdouh Cardine Tél. 05 22 29 51 55 / 55 22 29 51

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

PHARMACIE IKHLAS

M. N.

D.

136 Rue Ibn El Ouerm

Hay Mohammadi - Tél. 60 07 11 11

Casablanca

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

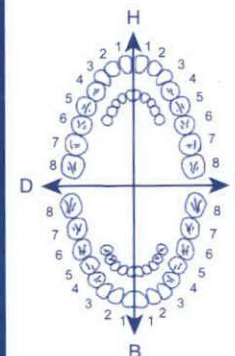
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient


CCEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412
00000000

21433552
00000000

D

00000000
35533411

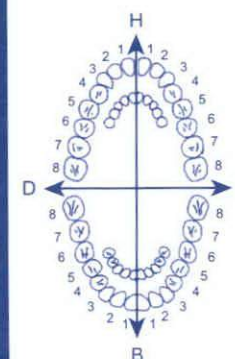
G

B

CCEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION


[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

Monsieur DIABE Driss

Casablanca le 10/06/2020

1- ZYLORIC 300 MG

1 CP PAR JOUR 157 DH 80

2- ROSUVASTATIN 10 MG

1 LE SOIR SANS ARRÊT

3- KARDEGIC 160

1 SACHET PAR JOUR S

4- EXFORGE HCT 10 MG / 160 MG / 12.5 MG

1 CP PAR JOUR S

5- DETENSIEL 10 MG CPR SECABLE

1 comprimé le matin

DÉTENSIEL® 10
30 comprimés pelliculés

6 118001 1017
PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Ph

DÉTENSIEL® 10
30 comprimés pelliculés

6 118001 1017
PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper P

DÉTENSIEL® 10
30 comprimés pelliculés

6 118001 1017
PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Ph

DÉTENSIEL® 10
30 comprimés pelliculés

6 118001 1017
PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper P

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

Docteur en Pharmacie
136, Rue Ibn El Khannane
Ney Mohammed

LOT : 20E011
PER: 11/2021
KARDEGIC 160M
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
6 118001 1017

LOT : 20E011
PER: 11/2021
KARDEGIC 160M
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
6 118001 1017

LOT : 20E011
PER: 11/2021
KARDEGIC 160M
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
6 118001 1017

LOT : 20E011
PER: 11/2021
KARDEGIC 160M
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
6 118001 1017

EXFORGE HCT
10mg/160mg/12.5mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 361,00 DH

EXFORGE HCT
10mg/160mg/12.5mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 361,00 DH

EXFORGE HCT
10mg/160mg/12.5mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 361,00 DH

EXFORGE HCT
10mg/160mg/12.5mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 361,00 DH

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

Nom: DIABE DRISS
 Numéro: DIABE DRISS
 M ou Mme: Masculin
 né le: 01/01/1944 Age: 76 ar
 Enregistré: 10/06/2020 12:54:11
 Enregistré par:
 Médecin de référence:
 Endroit:
 Commentaire:

P / PQ 133 ms 180 ms
 QRS dur: 102 ms
 QT / QTc / QTd 430 m / 420 m / -
 P/QRS/T axis: 62° / -31° / 30°
 Rythme cardiaque: 54 bpm

Ben 149/175
P. 713

