

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR GIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

éducation :

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.

ntaire :

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



Déclaration de Maladie

Nº P19- 0041647

58231

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04441 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

DIABÉ DRISS

Date de naissance :

01-01-1944

Adresse :

Dr. Salam Rue J. Imflaz. No 7

A.S. Casab

Tél. 06 11 12 04 45

Total des frais engagés : 23.99,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr EL MAKHLOUF
Professeur Aggrégé Cardiologue
5. Rue Med. Abdoul Casa
22208 Casablanca

Date de consultation :

92 01/26/2012

Nom et prénom du malade :

M. DIABE DRIS

Age : 77 ans.

Lien de parenté :

Lui-même

Conjointe

Enfant

Nature de la maladie :

H.I.A

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous un caractère 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 :

Le : 09/10/2012

Signature de l'adhérent(e) :



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
22.01.2021	(3+1)/k	300		DR. HASSAN MAKHLOUF Rue Med. Abdou Agregé Carr 15159

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PARMACIE IKHLAS <i>Mme N. BENYARI</i> <i>Docteur en Pharmacie</i> <i>136 , Rue de F. Ouannane</i> <i>Hay Mekamni - Tél. 60-67-48</i> <i>Concession</i>	<i>22/03/2022</i>	<i>20 99,20</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

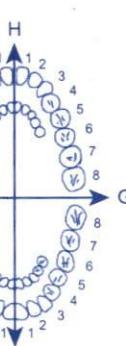
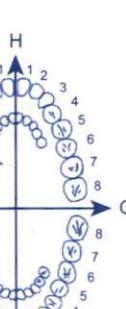
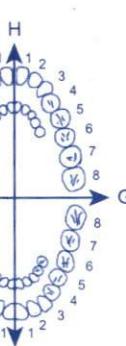
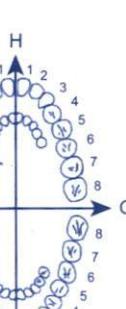
AUXILIAIRES MEDICAUX

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000	G	21433552 00000000
D		35533411	B	11433553
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE 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

Monsieur DIABE Driss

Casablanca le 22/01/2021

2 0 1 0 9 4	2 0 2 0 7 6	2 0 2 0 7 6
5 2 0 2 4	9 2 0 2 4	9 2 0 3 4
3 1 . 3 0	3 1 . 3 0	3 1 . 3 0

Mme N. ANNARI

31,30 X 3
1- ZYLORIC 200 MG
1 CP PAR JOUR X 3 MOIS.

2- ROSUVAS SUN 10 MG
1 LE SOIR SANS ARRET

3- KARDEGIC 160 MG :
1 SACHET PAR JOUR SAN

4- EXFORGEHCT 10MG:/1
1 CP PAR JOUR SANS AR

5- DETENSIEL 10MG CPR SECABLE 30
1 comprimé 1 fois par jour S

PPV : 147DH40
PER : 06/22
LOT : J1831

PPV : 147DH40
PER : 06/22
LOT : J1831

PPV : 147DH40
PER : 06/22
LOT : J1831

P.B. : 01 01 01 01
P.V. : 35DH70
P.P.V. : 35DH70
DISTRIBUÉ PAR NOVARTIS

P.B. : 01 01 01 01
P.V. : 35DH70
P.P.V. : 35DH70
DISTRIBUÉ PAR NOVARTIS

P.B. : 01 01 01 01
P.V. : 35DH70
P.P.V. : 35DH70
DISTRIBUÉ PAR NOVARTIS

P.B. : 01 01 01 01
P.V. : 310,00 DH
P.P.V. : 310,00 DH
DISTRIBUÉ PAR NOVARTIS

P.B. : 01 01 01 01
P.V. : 310,00 DH
P.P.V. : 310,00 DH
DISTRIBUÉ PAR NOVARTIS

P.B. : 01 01 01 01
P.V. : 310,00 DH
DISTRIBUÉ PAR NOVARTIS

118001 101716 118001 1011
PPV : 72,00 DH PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper PI Distribué par Cooper F

DÉTENSIEL® 10 n
30 comprimés pelliculés sé
6 118001 1017
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper PI

DR. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologue
5, Rue Med. Abdouh - Casa
Tel. 05.22.29.81.55/59 - 05.22.47.26.89

2099,20

R 3 mois

Welch Allyn CardioPerfect

Nom: DIABE DRISS
Numéro: DIABE DRISS
M ou Mme: Masculin
né le: 01/01/1944 Age: 77 ar

Enregistré:
Enregistré par
Médecin de référence
Endroit:
Commentaire:

22/01/2021 09:40:17

P / PQ 132 ms / 175 ms
QRS dur: 93 ms
QT / QTc / QTd 445 m / 440 m / -
P/QRS/T axis: 70° / -27° / 30°
Rythme cardiaque: 57 bpm

Dr A. M. S.

P 695

