

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-585276

60423

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 34726 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Benabdellah H. Ali

Date de naissance : 29/12/59

Adresse : 106 Ave. Boudou W. W. W. W.

Tél. : 066372706 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Hassan JAMMI
CARDIOLOGUE
20, Rue Oumaima SAYAH
Bd. Al Massira Al Khadra Casa
Tél : 0522 39 31 01 - Fax : 0522 36 79
INP 091080218

Date de consultation : 18 NOV. 2020

Nom et prénom du malade : FILALI Hinda

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Vascularopathie du P. P.

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 : Le : 18/11/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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
18 NOV. 2020	C2 K16 (ZCG)		30004	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE PAM Dr. Bouchaib AL GOUMAR 37 Bis, Rue Bir Anzarane AZEMMOUR Tel: 05 23 34 72 90	11/11/2023	935,80

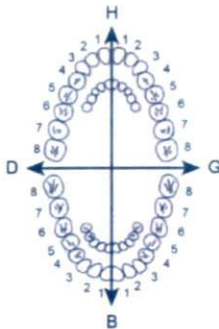
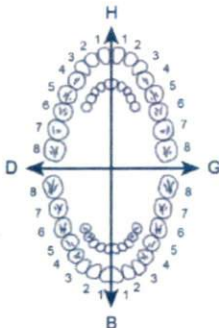
[illegible][illegible]

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'ODF.

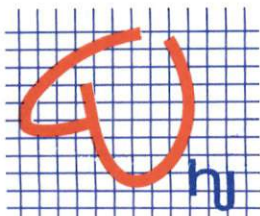
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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 LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Résidence Star Youness , Rue Oumaïma Sayeh, N°20, 2ème étage, Appt. N°6
Boulevard Al Massira Al Khadra , Quartier Racine - Casablanca 20000

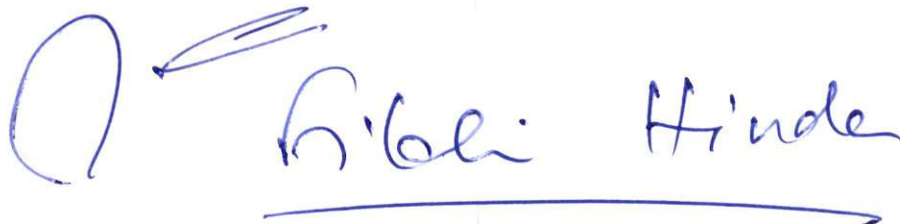
الطبيب حسن جمعي
أمراض القلب و الشرايين

Dr. Hassan JAMMI
CARDIOLOGUE


Diplômé de l'Université
de Nice - Sophia Antipolis
Ex. Assistant spécialiste
des Hôpitaux de France

Dr. Boumalib AL GOUZMARI
37 Bis, Rue Bir Anzarane
Tél: 05 23 34 72 90

18 NOV. 2020


H'beli H'inde


27.70 x 3

*  Cardio Ap; 100
1/2 mid

* Prozat 10
1/2 2/3


262 x 3

*  Coralan 5 1/4 x 2 1/4

* D. S. 2000 1/4 x 2 1/4
*  Quinquin (25 40) 1/2 2/3

99.00

23.10

*  Lysaure 1/2 1/4 x 2 1/4

GSM : 06 61 14 94 22
Tél : 05 22 39 31 01
Fax : 05 22 36 79 35

935.6 028

Docteur Hassan JAMMI
CARDIOLOGUE
20, Rue Oumaïma SAYAH
Bd. Al Massira Al Khadra - Casa
Tél.: 0522 39 31 01 - Fax: 0522 36 79 35
INP: 091080218

MXGS0059



6 118001 130030
CORALAN 5 mg - O
Boite de 28 comprimés

PPV:262DH00

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280

→ 99,00

MB763 0623

LOT PER

Prix 99.00

MXGS0059



6 118001 130030
CORALAN 5 mg - O
Boite de 28 comprimés

PPV:262DH00

UT. AV : 10 2023 P.P.V

LOT N° : 1297036 23 10

MXGS0059



6 118001 130030
CORALAN 5 mg - O
Boite de 28 comprimés

PPV:262DH00

23,10



FILALI HINDA

Date Examen: 18/11/2020 10:10:43

Dr. Jammi Hassan, CardioPoint

DA - 24/8
E-11

HR	73/min	P	100ms	Axe P	37°
RR	822ms	PQ	142ms	Axe QRS	30°
		QRS	86ms	Axe T	42°
TA		QT	390ms	QTc(B)	429ms

(* Non confirmé par le médecin)
*DETECTION D'UN COMPLEXE VENTRICULAIRE ABERRANT
*RYTHME SINUSAL
*POSSIBILITE D'HYPERTROPHIE DE AURICULAIRE GAUCHE
*ECG A LA LIMITE DU NORMAL



Filtres: 0,07 Spline - 90 Adapt, ~50 [Hz]

25,00 mm/sec

CardioPoint 2.26.23224.0, DIAG 1.7.23177.0, ECG: 073T-B-01331 ECG 10s Page: 1/1