

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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



Déclaration de Maladie

N° W19-457004

62728

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2420

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

YAMINE MOHAMED

Date de naissance :

10 - 01 - 1974

Adresse :

7 RUE FAIREAU RIVIERA CASABLANCA

Tél. : 0664 174158

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Dr YAMINE MOHAMED
Professeur en Cardiologie
104 Bd Hassan II - Casablanca
tél : 05 22 35 01 12 6 01 15 78 01

10 MARS 2021

Cachet du médecin :

08 JAN. 2020

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

YAMINE MOHAMED

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

fréquents malaises

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 10/03/2021

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
08 JAN. 2020	Consultation	1	300 DT	INP 91AA5520 Dr. ALAMI M Professeur en Cardiologie 04 Bd Abdellah Casablanca à 05 22 39 01 - 18 61 15 78 DE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE KADMIRI 7, Rue Ahmed KADMIRI Plateau Lycée Al Waha 22.99.43.95 - Casab	08/07/2020	57,60

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

VITANEVRIL® FORT

BENFOTIAMINE 100 mg

~~30 comprimés~~

Voie orale

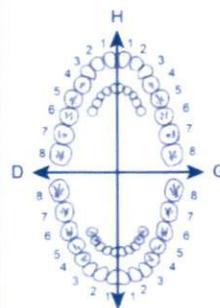
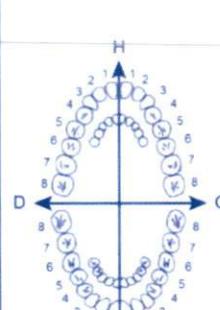
conditionné par la fourniture de tous les services par la Mutuelle.

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'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 style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412 00000000	21433552 00000000	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	25533412 00000000	21433552 00000000														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
				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

Dr Alami Mohamed
Professeur en Cardiologie
264 Bd Ghandi.
Residence Jawhara
Casablanca 20200

ORDONNANCE

08/01/2020

YAMINE MOHAMED

28.80 x 2

VITANEVRIL

1cp X2/J

20j



57.60

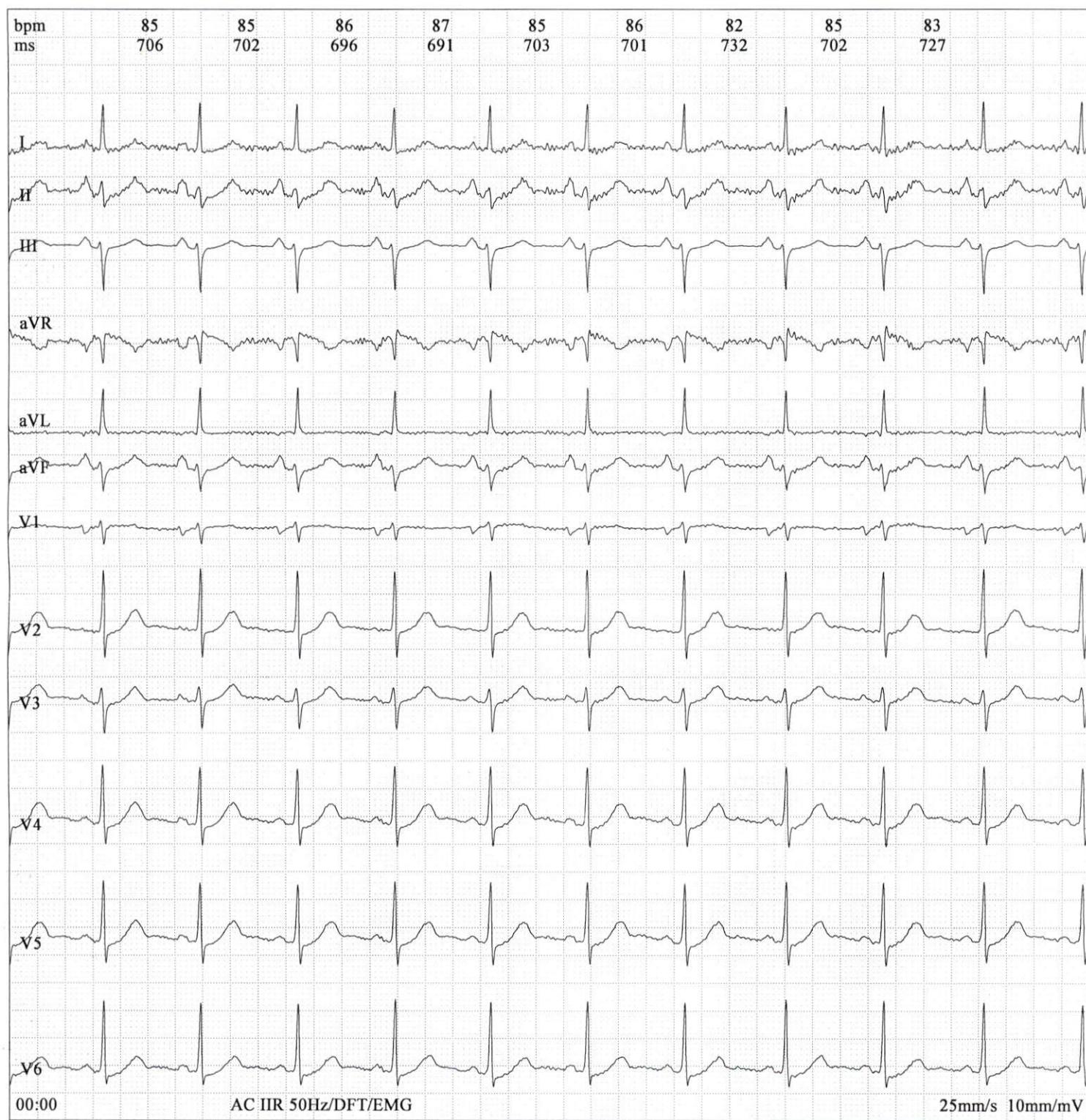
PHARMACIE ZYMA
27, Rue Ahmed KADMIRI
Cité Plateau Lycée Al Waha
Tél : 022.99.43.95 - Casa

Dr. ALAMI M
Professeur en Cardiologie
264 Bd Ghandi Casablanca
tél. 05 22 39 01 12/06 61 15 78 06

Pr ALAMI Mohamed (S1)

ECG

Nom : yamine mohamed Sex : Male Age : 66Y Clinique N : Section :
SN : 0009927 Case No. : Lit No. : Date : 08/01/2020 15:41:14



Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	178 ms	Prompt:
Temps d'écha	8s	QT Interval:	377 ms	
HR:	85bpm	QTc Interval:	448 ms	
P Interval:	127ms	P Axis:	69.20°Cb	
QRS Interval:	8f ms	QRS Axis:	-35.30°Cb	
T Interval:	281 ms	T Axis:	65.60°Cb	

Dr. ALAMI M
Professeur en Cardiologie
264 Bd Gharbi Casablanca
Tél. 05 22 39 61 15 5361 15 786

Signature Medecin :

Fiche de Consultation du 08/01/2020

YAMINE MOHAMED

Terrain Atopique: NON

Régime

Poids 77 Kg

Indice de Masse 26,6 (Norme: 20 à 25)

Risque CV %

TA 120 / 70 mmHg

Fréquence Card 85 c/mn

Medicaments Prescrits

VITANEVRIL

Examens Demandés

Radiologie

Biologie

Avis

Notes

Prochain RV