

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.

Biologie 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.

Educational :

- 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 :

- 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 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° D : N° M20- 004924
74961

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00512 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraite
 Nom & Prénom : EL MOUMI Moulay Abdellah
 Date de naissance : 01-01-45
 Adresse : Hay el Hana Rue 32 N°32 CASA
 Tél. : 0619449632 Total des frais engagés : 3530,48 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. EL MAKHLOUF Ali**
 Professeur Agrégé Cardiologie
 5, Rue Med Abdouh - Casa
 Tél. 05 22 29 81 55/58 - 05 22 47 26 90
 Date de consultation : 17/06/2021
 Nom et prénom du malade : M. EL MOUMI Moulay Abdellah Age : 76 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : H.T.A. + A.C.
 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 : 18/06/21

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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
17/06/2011			300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/06/2011	3230,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

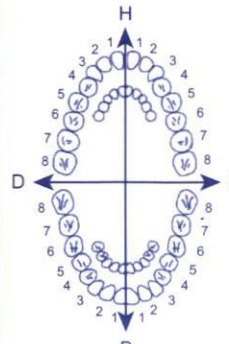
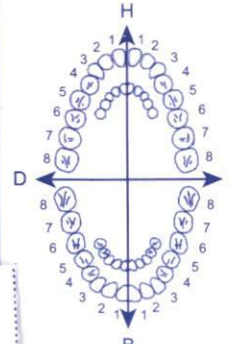
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXEC

PROFESSEUR Ali EL MAKHLA
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 17 Juin 2021

Monsieur My Abdeslam EL MOUMI

- 1 - ZOCOR 20 mg :
1 CP LE SOIR SANS ARRET
- 2 - EXFORGE 10 mg/ 160 mg
1 PAR JOUR SANS ARRET LE MATIN
- 3 - XARELTO 20 mg :
1 CP PAR JOUR SANS ARRET
- 4 - CARDENSIEL 5 mg :
1 CP PAR JOUR MATIN

116,70 x 3

273,00 x 3

629,00 x 3

58,10 x 3

PHARMACIE MEDICINE SAUD
323040
 48, Rue des Hôpitaux Quartier
 des Hôpitaux Ibn Rochd (Morizgo)
 Casablanca - Tél: 0522 20 20 64 / 6

Handwritten signature: R. 3 moi

Dr. EL MAKHLA
 Professeur Agrégé Cardiologie
 5, Rue Med. Aouf, Casablanca
 Tél: 05 22 29 81 55/59 - 05 27 47 26 89

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

Distribué par MSD Maroc,
 BP 136 Bouskoura
 A.M.M. : 216/16DMP/21/NRQ
 PPV : 116,70 DH

Distribué par MSD Maroc,
 BP 136 Bouskoura
 A.M.M. : 216/16DMP/21/NRQ
 PPV : 116,70 DH

Distribué par MSD Maroc,
 BP 136 Bouskoura
 A.M.M. : 216/16DMP/21/NRQ
 PPV : 116,70 DH

611800103060 6
EXFORGE ○
10mg/160mg
 28 comprimés pelliculés
 PPV : 273,00 DH

611800103060 6
EXFORGE ○
10mg/160mg
 28 comprimés pelliculés
 PPV : 273,00 DH

611800103060 6
EXFORGE ○
10mg/160mg
 28 comprimés pelliculés
 PPV : 273,00 DH

XARELTO 20 mg
 Rivaroxaban
 28 cps
 P.P.V : 629,00 DH
 Bayer S.A.
 6 118001 090808

XARELTO 20 mg
 Rivaroxaban
 28 cps
 P.P.V : 629,00 DH
 Bayer S.A.
 6 118001 090808

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
 Comprimés pelliculés sécables B/30
 PPV: 58,10 DH

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
 Comprimés pelliculés sécables B/30
 PPV: 58,10 DH

XARELTO 20 mg
 Rivaroxaban
 28 cps
 P.P.V : 629,00 DH
 Bayer S.A.
 6 118001 090808

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
 Comprimés pelliculés sécables B/30
 PPV: 58,10 DH

☒ valable 3 mois

Le 17/06/2021

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Dr Ali EL MAKHLOUF

Certifie que Mlle, Mme, M. :

EL MOUMI My Thabla

Présente

hypertension artérielle + AEF-A

Nécessitant un traitement d'une durée de :

de long durée et sans interruption

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

Dr EL MAKHLOUF Ali
Professeur Aggrégé Cardiologie
5, Rue Mohamed Abdouh - Casa
Tél: 0522 22 47 26-89

Dr EL MAKHLOUF Ali
Cardiologue
Casa
47.26

mdw

Nom: EL MOUMI MY ABDESLAM
Numéro: EL MOUMI MY ABDESLAM
M ou Mme: Masculin
Né le: (-)

Enregistré:
Enregistré par:
Médecin de référence
Médecin prescripteur:
Médecin traitant:
Endroit:
Commentaire:

17/06/2021 09:03:07

INTERPRETATION NON CONFIRMÉE

P / PQ: - / -
QRS: 95 ms
QT/QTc/QTd: 409 ms / 428 ms / -
Axe P/QRS/T: - / -11° / 27°
Rythme cardiaque: 71 bpm

Handwritten: B. 12717e
P. 69

