

**COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR  
/ER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS**

is générales :

tre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

tre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie. idité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

nte préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires siécaux, tions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi our tous les actes effectués en série.

d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de

e :

gnettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.  
es médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

e et Biologie :

ture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être s à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de uelle.

inance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ion :

nte préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de cations.

re remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

:

s de prothèses ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins es- tre avant le début de traitement.

tre doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

lio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

et Affection Longue Durée ALD et ALC :

claration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée sous les

esses Mails utiles

nation : contact@mupras.com  
en charge : pec@mupras.com  
ion et changement de statut : adhesion@mupras.com

garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

: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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

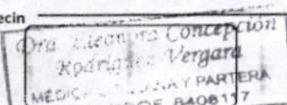


**Declaration de Maladie**

N° W21-725895

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Matricule : 8963	Cadre réservé à l'adhérent(e)	Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AISSAOUI OTMANE			
Date de naissance : 04/01/71			
Adresse : Hay Laymoun II rue 35 n° 66 H2y Hassabi			
Tél. : 06 21 47 09 66 Total des frais engagés : 216 \$ Dhs			

Cadre réservé au Médecin



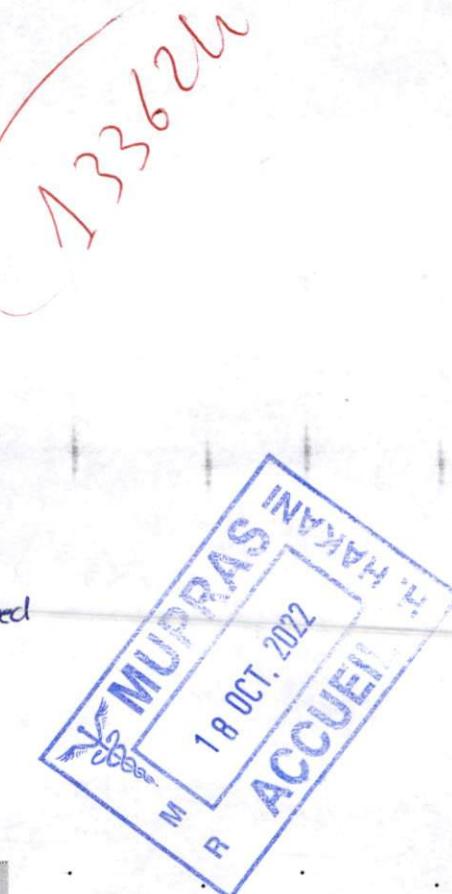
Date de consultation : 05/08/2022	Nom et prénom du malade : Ilyas Aissaoui	Age : 20
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant	Coastroenteritis origin to be determined Probable covid.	
En cas d'accident préciser les 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'exhaustivité des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Cancún, Mexico Le : 05/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-725895
Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule : 9963	
Nom de l'adhérent(e) : Aissaoui	216 \$
Total des frais engagés :	
Date de dépôt : 10/08/22	



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
Consultation by night at hotel		\$180.00 USO	INP : [REDACTED] Rodríguez Vergara MEDICA CIRUJANA Y PARTERA CED PROF 8408117

## EXECUTION DES ORDONNANCES

du Pharmacien ou Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Rodríguez Vergara MEDICA CIRUJANA Y PARTERA CED PROF 8408117	05/08/22	\$036.00 USO

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

et signature du re et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
				Coefficient des Travaux [REDACTED]
				Montants des Soins [REDACTED]
				Début d'Execution [REDACTED]
				Fin d'Execution [REDACTED]
				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
				H 25539418 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 B 35533411 11433553
				[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession
				Coefficient des Travaux [REDACTED]
				Montants des Soins [REDACTED]
				Date du devis [REDACTED]
				Date de l'Execution [REDACTED]
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RECIBO

18848

MÉDICO Eleonora Concepción Rodríguez Verger.

FECHA 05/Agosto/2022

PACIENTE Ilyas Aissaoui  
HOTEL Grand Oasis Cancún  
HABITACIÓN 5407 .

CANTIDAD	CONCEPTO	P.U.	IMPORTE
1	Imodium		\$ 24.00
2	Pedialyte		\$ 12.00

PAGADO

CANTIDAD CON LETRA  
Treinta y seis dólares americanos con cero centavos.

SUB-TOTAL	
I.V.A	
TOTAL	\$36.00 USD



CLINIC ASSIST  
GRUPO HOSPITEN

Nombre: ILYAS AISSAOUI  
Edad: 20 años Sexo: Masc.

ELEONORA CONCEPCIÓN RODRÍGUEZ VERGARA

BUAP

MEDICA CIRUJANA Y PARTERA

Cedula Prof. 8408117

Fecha: 05/Ago/2022  
Alergias: negadas

1- Biomics 400mg.

Tomar 1 cápsula 9/24 horas x 7 días

2- Imodium 2mg

Tomar 2 cápsulas "ahorita", posteriormente  
tomar 1 4/6 horas x 1 día.

3- Pedialyte

Tomar 1L en 24 horas

Dra. Eleonora Concepción  
Rodríguez Vergara  
MEDICA CIRUJANA Y PARTERA  
CED. PROF. 8408117

RECIBO

18847

MÉDICO Eleonora Concepción Rodríguez Vergara.  
FECHA 05/Ago/2022.

PACIENTE	<u>Ilyas Aissaoui</u>
HOTEL	<u>Grand Oasis Cancún</u>
HABITACIÓN	<u>5407</u>

CANTIDAD	CONCEPTO	P.U.	IMPORTE
1	<u>Consulta médica fuera de horario</u>		<u>\$ 180.00</u>

CANTIDAD CON LETRA  
Ciento Ochenta dólares americanos con cero centavos , -

SUB-TOTAL	
I.V.A	
TOTAL	<u>\$180.00 USD</u>

14469

NOMBRE: ILYAS AISSADUI

NACIONALIDAD: Marocaine

FECHA DE NACIMIENTO: 03/Ene/2002

FECHA Y HORA DE LA ASISTENCIA: 05/08/2021 21:40

FECHA DE LLEGADA: 01/08/2022.

GÉNERO: Masculino

5407.

HABITACIÓN:

F44 352091 EDAD: 20 años

SITIO DE ASISTENCIA: Habitación

FECHA DE SALIDA: 06/08/2022.

ANTECEDENTES: Alérgicos y crónicos degenerativos preguntados y negados.

ANAMNESIS: Inicia hace aproximadamente 2 horas con evacuaciones diarréicas líquidas, fétidas, color café, niega presencia de sangre o moco. Presenta también vómito de contenido alimenticio.

EXPLORACIÓN FÍSICA: Consciente, orientado, cooperador, adecuada coloración e hidratación, tegumentaria. Pupilas isocárticas, no morrificas. Taringe hiperémica sin exudados amigdalinos. Cardiopulmonar sin compromiso aparente. Abdomen blando, depresible, timpánico, peristalsis incrementada, no doloroso a la palpación media. Extremidades sin edema, cor pulsos distales presentes.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS: TA: 100/60 T°: 37.3  
Sat O2: 94-96%. TC: 85 lpm FR: 19 rpm.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: Gastroenteritis de origen a determinar.  
Adicción a COVID.

TRATAMIENTO EFECTUADO: En receta: Biomics 400mg caps 1 q/24hs x 7  
Imodium 2mg: 2 caps hora y posteriormente 1 q/6hs x 1día.  
Pedyalite oral: Tomar 1L en 24 horas.  
Neomelubrina 500 mg: Tomar 1 tablet q/8 horas sólo en caso de fiebre.

OBSERVACIONES: Rechaza envío a 2º nivel de atención médica.  
Realizar prueba Ag de Covid.

  
 Nombre, Cédula / Firma Médico:  
 Eleonora Concepción  
 Rodríguez Vergara  
 MÉDICA CIRUJANA Y PARTERA  
 CED. PROF. BAOB117

  
 Firma Paciente/Acompañante