

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 spéciaux,

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

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

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.

nnance 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.

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

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

ture 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 canalaires.

et Affection Longue Durée ALD et ALC :

laration 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

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

Centre Aïtal Ben Abdellah - Gêmo (Stage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïtal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloger
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (L6) - Fax : 05 22 22 76 18 - www.mupras.com



Declaration de Maladie

N° W21-725895

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8963 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AISSAOUI OSMANE

Date de naissance : 04/10/71

Adresse : Hay Laymouna II rue 35 n° 66

Tél. : 06 81470966 Total des frais engagés : 216 \$ Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/08/2022

Nom et prénom du malade : Ilyas Aissaoui Age : 20

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

Nature de la maladie : Prostatectomie origin to be determined

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 : Cancun, Mexico

Le : 05/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)

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.

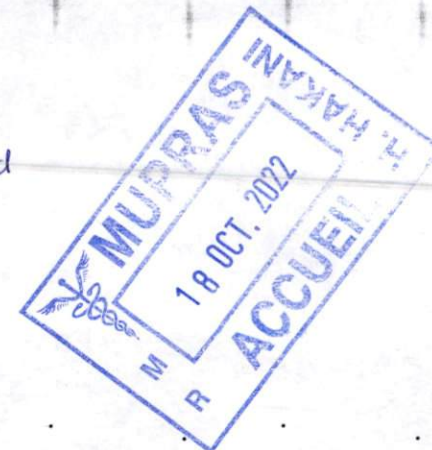
Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 8963

Nom de l'adhérent(e) : AISSAOUI

Total des frais engagés : 216 \$

Date de dépôt : 18/10/22



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES			
Natures 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 USD	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] Rodriguez Vergara MEDICA CIRUJANA Y PARTERA CED PROF 8408117

EXECUTION DES ORDONNANCES	
du Pharmacien ou Fournisseur	Montant de la Facture
05/08/22	\$036.00 USD

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
et signature du re et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
et signature u Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

OLET ADHERENT

it entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25539418 21432552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 39533411 11432552 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	(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'EXECUTION		

MÉDICO Eleonora Concep-
ción 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 ameri-
canos con cero centavos.

SUB-TOTAL

I.V.A

TOTAL

\$36.00USD

Nombre: LYAS AISSAOU

Edad: 20 años Sexo: MASC

Fecha: 05/Ago/2022

Alergias: Negativa

1. Biomics 400mg.

Tomar 1 cápsula \forall 24 horas x 7 días

2. Imodium 2mg

Tomar 2 cápsulas "ahorita", posteriormente
tomar 1 \forall 6 horas x 1 día.

3. Pedialyte

Tomar 1L en 24 horas

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

MÉDICO: Eleonora Concepción Rodríguez Vergara.	PACIENTE: Ilyas Aissaoui
FECHA: 05/Ago/2022.	HOTEL: Grand Oasis Cancún
	HABITACION: 5407

CANTIDAD	CONCEPTO	P.U.	IMPORTE
1	Consulta médica fuera de horario		\$ 180.00

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

SUB-TOTAL

I.V.A

TOTAL

\$180.00 USD

14469

NOMBRE: ILYAS AISSADUI GÉNERO: Masculino
NACIONALIDAD: Marocaine HABITACIÓN: 5407
FECHA DE NACIMIENTO: 03/Ene/2002 No. ID: F44352091 EDAD: 20 años
FECHA Y HORA DE LA ASISTENCIA: 05/08/2022 21:40 SITIO DE ASISTENCIA: Habitación
FECHA DE LLEGADA: 01/08/2022 FECHA DE SALIDA: 06/08/2022

ANTECEDENTES: Alérgicos y crónicos degenerativos presentados 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 conte-
nido alimenticio

EXPLORACIÓN FÍSICA: Consciente, orientado, cooperador, adecuada colo-
ración e hidratación tegumentaria. Pupilas isocóricas, no
morreflecticas. Faringe hiperémica sin exudados amigda-
linos. Cardiopulmonar sin compromiso aparente. Abdo-
men blando, depresible, timpánico, peristalsis incrementa-
da, no dolorosa a la palpación media. Extremidades
sin edema, con pulsos distales presentes.

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

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: Gastroenteritis de origen a determinar
A des descartar Covid

TRATAMIENTO EFECTUADO: En receta: Bromicos 400mg caps 1 q/24hrs x 7
Imodium 2mg: 2 caps ahora y posteriormente 1 q/6hrs x 1 día
Pedialyte oral: Tomar 1 L en 24 horas
Neomelubrina 500 mg: Tomar 1 tableta q/8 horas s6lo en caso de fiebre
OBSERVACIONES: Rechaza envío a 2° nivel de atención médica.
Realizar prueba Ag de Covid


Nombre, Cédula / Firma Médica: Eleonora Concepción Rodríguez Vergara
MÉDICA CIRUJANA Y PARTERA
CED PROF 8408117


Firma Paciente/Acompañante