

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.

Diagnostique 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.

Prothèse :

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
Prendre 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° P19-0039976

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1114 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OUGABRAI Mohamed

Date de naissance : 01/01/1952

Adresse : N°15 Rue du Moulin EL OULFA CASABLANCA

Tél. : Total des frais engagés : 1001,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture.

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	Coefficient des								
				Montant des soins								
				Début d'exécution								
				Fin d'exécution								
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticaire			Coefficient des travaux								
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
00000000	00000000											
35533411	11433553											
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis									
Fonctionnel thérapeutique, nécessaire à la protection			Fin de									

VOLET ADHERENT	NOM: <u>OU GABRAI</u>	Mle <u>1114</u>
DECLARATION N°	W19-398172	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nombre de pièces Jointes
	<u>1061,40</u>	<u>03</u>
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W19-398172

DATE DE DEPOT

...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <u>1114</u>
Nom & Prénom <u>OU GABRAI Mohamed</u>		
Fonction <u>Pat</u>	Phones <u>06703777</u>	
Mail		
MEDECIN	Prénom du patient <u>OU GABRAI Mohamed</u>	
Achérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age <u>67</u>	Date
Nature de la maladie		Date 1ère visite
<u>H.T.A + Cardiopathie Ischémique</u>		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
<u>C3 150,000 Kib : 150 DH</u>		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
PHARMACIE	Date <u>16.08.2019</u>	
Montant de la facture	<u>1576140</u>	
<u>1576140</u>		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Désignation des Coefficients	Date <u>16.08.2019</u>	
	Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

Dr. EL MAKHLOUF ALI
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdouh - Casablanca
Tél: 05 22 90 91 50/93 : 06 22 87 75 99

PHARMACIE HAY EL HASSANI
Dr. KOUZ KARIM
50-52, Bd 3 Marsoumi Rue 2
Hay Hassani - Casablanca
Tél: 05 22 90 35 22

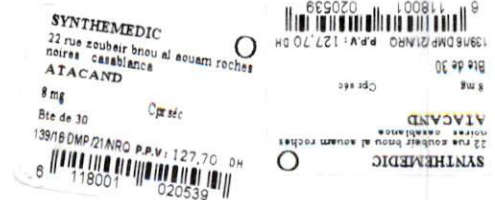
PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF
Cardiologie adulte et pédiatrique
Explorations Cardio-vasculaires

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 16 Aout 2019

Mr Mohamed OUGABRAI

1 - CARDIIX 6.25 mg:
 1 C P SANS ARRET MATIN

2 - ATACAND 8 mg :
 1/2 CP LE MATIN SANS ARRET

3 - LD NOR 10 mg:
 1 PAR JOUR LE SOIR

4 - KARDEGIC 160 mg : 1 SACHET A MIDI
 sans arret

LOT: 134
 PER: MAR 2022
 PPV: 44 DH 00

LOT : 191263
 UT AV : 07/2/22
 PPV: 57,80DH

LOT : 191263
 UT AV : 07/2/22
 PPV: 57,80DH

LOT : 191263
 UT AV : 07/2/22
 PPV: 57,80DH

LOT : 191120
 UT AV : 07/2/22
 PPV: 57,80DH

LOT : 9MA080
 PER: 10 2020
 KARDEGIC 160MG
 SACHETS B30
 P.P.V : 35DH70

LOT : 9MA080
 PER: 10 2020
 KARDEGIC 160MG
 SACHETS B30
 P.P.V : 35DH70

LOT : 9MA080
 PER: 10 2020
 KARDEGIC 160MG
 SACHETS B30
 P.P.V : 35DH70

LOT : 9MA080
 PER: 10 2020
 KARDEGIC 160MG
 SACHETS B30
 P.P.V : 35DH70

PHARMACIE HAY EL HASSANI
 Dr. AKOUZ KARIM
 50-52, Lot 3 Missimi Rue 2
 Hay Hassani - Casablanca
 Tél. : 05 22 90 35 22

Dr. EL MAKHLOUF Ali
 Professeur Agrégé Cardiologie
 5, Rue Mohamed Abdou - Casa
 Tél. : 05 22 81 55 59 - 05 22 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

PHARMACIE HAY EL HASSANI
 Dr. AKOUZ KARIM
 50-52, Lot 3 Missimi Rue 2
 Hay Hassani - Casablanca
 Tél. : 05 22 90 35 22

T = 761,40

PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF
Cardiologie adulte et pédiatrique
Explorations Cardio-vasculaires

5 rue Mohamed Abdou
CASABLANCA

Tél. : 05 22 29 81 55/59 ou 05 22 47 26 89

Fax : 05 22 22 62 97

Dom : 05 22 79 85 32

16/08/2019

NOTE D'HONORAIRE

Mr Mohamed OUGABRAI .

Consultation (C3)..... : 150.00 DHS
ECG (K16)..... : 150,00 DHS.

La présente facture est arrêtée à la somme de 300,00 DHS

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdouh - Casa
Tél: 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89

Welch Allyn CardioPerfect

Nom: OUGABRAI MOHAMED
Numéro: OUGABRAI MOHAMED
M ou Mme: Masculin
né le: (-)

Enregistré: 16/08/2019 19:31:38
Enregistré par
Médecin de référence
Endroit:
Commentaire:

P / PQ: 120 ms / 163 ms
QRS: 100 ms
QT/QTc/QTd: 367 ms / 395 ms / -
Axe P/QRS/T: 52° / -10° / 55°
Rythme cardiaq 76 bpm

135/69
80

