

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.

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

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° P19- 062690

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4726 Société : 23314

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : FILALI Hamid

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0663792406 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02 MAR 2020

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 travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>																
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			
H		G																	
25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																
35533411	11433553																		
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																	
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																	

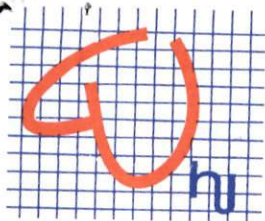
VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		P 17 / 0061485	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			
Cachet MUPRAS			



P 17 / 0061485

DATE DE DEPOT
/ /201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	Y. ELALI Hindo
Nom & Prénom		Y. ELALI Hindo	
Fonction	Phonies 0663 22 206		
Mail		hindofilali@gmail.com	
MEDECIN		Prénom du patient	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age	55
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
DM per xnf - Palépt		24 JAN. 2020	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C2 KIG (ECG)			300DH
PHARMACIE		Date 24.01.2020	
Montant de la facture		2307,40	
		Pharmacie de et Jr. Bouchaib AL GOU 37 Bis, Rue Bir An AZEMMOL Tél: 05 23 34 7	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
CACHET			



CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Résidence Star Youness , Rue Oumaïma Sayeh, N°20, 2ème étage, Appt. N°6
Boulevard Al Massira Al Khadra , Quartier Racine - Casablanca 20000

الطبيب حسن جمعة
أمراض القلب و الشرايين

Dr. Hassan JAMMI
CARDIOLOGUE

Diplômé de l'Université
de Nice - Sophia Antipolis
Ex. Assistant spécialiste
des Hôpitaux de France

Pharmacie PALA
Dr. Bouchaib AL GOUZMARI
37 Bis, Rue Bir Anzaran
AZEMMOUR
Tél: 05 23 34 72 90

24 JAN. 2020

O. Gibli Hinde

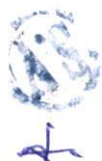
295 x 6



Coralac T

1er x 21 j

147,40 x 3



ROZAT 10

1er 6 j

235 x 4



Askenidil 10

1er 6 jours

2307,40

GSM : 06 61 14 94 22
Tél : 05 22 39 31 01
Fax : 05 22 36 79 35

03 m

Docteur Hassan JAMMI
CARDIOLOGUE
20, Rue Oumaïma SAYAH
Bd. Al Massira Al Khadra - Casa
Tél.: 0522 39 31 01 - Fax: 0522 36 79 35
INP 001080218

MXGS0059



6 118001 130030

CORALAN 5 mg

Boite de 28 comprimés

PPV : 295,00 DH

Servier Maroc - Casablanca

MXGS0059



6 118001 130030

CORALAN 5 mg

Boite de 28 comprimés

PPV : 295,00 DH

Servier Maroc - Casablanca

MXGS0059



6 118001 130030

CORALAN 5 mg

Boite de 28 comprimés

PPV : 295,00 DH

Servier Maroc - Casablanca

MXGS0059



6 118001 130030

CORALAN 5 mg

Boite de 28 comprimés

PPV : 295,00 DH

Servier Maroc - Casablanca

MXGS0059



6 118001 130030

CORALAN 5 mg

Boite de 28 comprimés

PPV : 295,00 DH

Servier Maroc - Casablanca

MXGS0059



6 118001 130030

CORALAN 5 mg

Boite de 28 comprimés

PPV : 295,00 DH

Servier Maroc - Casablanca

ROZAT® 10 mg
Rosuvastatine
28 comprimés pelliculés

6 118000 041771

ROZAT® 10 mg
Rosuvastatine
28 comprimés pelliculés

6 118000 041771

ROZAT® 10 mg
Rosuvastatine
28 comprimés pelliculés

6 118000 041771

ASKARDIL® 160 mg
30 comprimés dispersibles

6 118000 033196

ASKARDIL® 160 mg
30 comprimés dispersibles

6 118000 033196

ASKARDIL® 160 mg
30 comprimés dispersibles

6 118000 033196

ASKARDIL® 160 mg
30 comprimés dispersibles

6 118000 033196



FILALI HINDA

Date Examen: 24/01/2020 17:07:57

Dr. Jammi Hassan, CardioPoint

1st - 2nd
B-11

HR	79/min	P	90ms	Axe P	37°
RR	759ms	PQ	134ms	Axe QRS	38°
TA		QRS	84ms	Axe T	58°
		QT	374ms	QTc(B)	428ms

(* Non confirmé par le médecin)
*RYTHME SINUSAL
*ECG DANS DES LIMITES NORMALES



0,00s 1s 2s

Filtres: 0,07 Spline - 90 Adapt, ~50 [Hz]

25,00 mm/sec

dr jammi, casablanca,

CardioPoint 2.26.23224.0, DIAG 1.7.23177.0, ECG: 073T-B-01331 ECG 10s Page : 1/1