

## 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.

### Radiologie 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 canaux, 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 canaux.

### 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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W19-532215

*ND: 34131*

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *00512*

Société : *RAM*

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre

Nom & Prénom : *EL MOUMI Moulay Abdelou*

Date de naissance : *01-01-1945*

Adresse : *Hay el Hana Rue 32 N° 32 Casablanca*

Tél. *0619449632*

Total des frais engagés : *5794,80*

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 55/59 - 05 22 47 26 89

Date de consultation : *17/07/2020*

Nom et prénom du malade : *MR EL MOUMI My Abdelou*

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 au 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*

Signature de l'adhérent(e) :





# 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                                                                               |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 17/07/2020      | C3                |                       | 300,-                           | IN 091057851<br>Dr. EL MAKHLOUF Ali<br>Professeur Agrégé Cardiologie<br>5, Rue Med. Abdouh - Casa<br>Tél: 06 22 29 81 55/59 - 06 22 47 26 80 |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date       | Montant de la Facture |
|----------------------------------------|------------|-----------------------|
|                                        | 17/07/2020 | 5494,8                |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

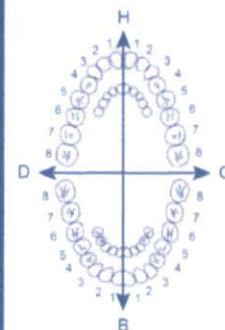
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|-----------------------------------------------------|------|------------------------------|------------------------|
|                                                     |      |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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

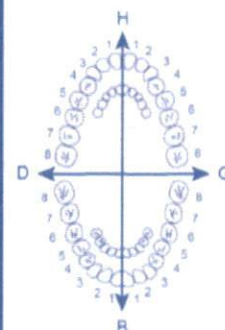
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# VOLET ADHERENT

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



# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| D                    | G                    |
|----------------------|----------------------|
| 25533432<br>00000000 | 11433553<br>00000000 |
| 00000000<br>35533411 | 00000000<br>11433553 |

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

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

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

**NOVARTIS**  
PROF  
Card  
PPV : 273,00 DH  
Explorations Cardio-vasculaires

**NOVARTIS**  
PPV : 273,00 DH

**NOVARTIS**  
PPV : 273,00 DH

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

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

med Abdou  
CA

0522 29 81 55 / 59 ou 0522 47 26 89  
0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97

GSM cabinet : 06 78 18 18 16

**XARELTO 20 mg**  
Rivaroxaban  
28 cps  
P.P.V. : 984,00 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090808

**NOVARTIS**  
PPV : 273,00 DH

**Monsieur EL MOUMI My Abdeslam**

Casablanca le 17/07/2020

**XARELTO 20 mg**  
Rivaroxaban  
28 cps  
P.P.V. : 984,00 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090808

**XARELTO 20 mg**  
Rivaroxaban  
28 cps  
P.P.V. : 984,00 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090808

**XARELTO 20 mg**  
Rivaroxaban  
28 cps  
P.P.V. : 984,00 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090808

273,00 x 4

1- EXFORGE 10 MG/ 160 MG  
1 PAR JOUR SANS ARRET LE MATIN

984,00 x 4

2- XARELTO 20 MG :  
1 CP PAR JOUR SANS ARRET

116,70 x 4

3- ZOCOR 20 MG :  
1 CP LE SOIR SANS ARRET

4- SOTALEX 80MG  
½ comprimé matin et soir SANS ARRET.

PHARMACIE MAURICE GAUL  
48, Rue Med. Abdouh - Casa  
Tél: 0522 20 20 64 / 65  
Casablanca

Dr. EL MAKHLOUF Ali  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med. Abdouh - Casa  
Tél: 05 22 29 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**



# Welch Allyn CardioPerfect

Nom: MLY ABDESLAM EL MOUMI  
Numéro: EL MOUMI MLY ABDESLAM  
M ou Mme: Masculin  
né le: 01/10/1945 Age: 74 ar

Enregistré: 17/07/2020 08:09:20  
Enregistré par  
Médecin de référence  
Endroit:  
Commentaire:

P / PQ 122 ms / 172 ms  
QRS dur: 108 ms  
QT / QTc / QTd 453 m / 437 m / -  
P/QRS/T axis: 71° / -1° / 19°  
Rythme cardiaque: 51 bpm

B 125/65  
P 70/15

