

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 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

- 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- 049119

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05357 Société : RAM 44-078
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : FILALI RABIK Rachid
 Date de naissance : 28/12/58
 Adresse : Rue 53 N° 22 Famille Françoise CASABLANCA
 Tél. : 0666733278 Total des frais engagés : 917,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 06/10/2020
 Nom et prénom du malade : M. FILALI RABIK Rachid Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : H.T.A.

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 : 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
06/10/2020	3	300		Dr. EL MAKHLOUF Ali Professeur Agrégé Cardiologie 5, Rue Med. Abdouh - Casp Tél: 0522 25 16 07

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE WATC 153 Rue Habacha (Bd Day Ould Sidi Baba) Djrb Ghellaf - Casablanca Tél: 0522 25 16 07	6/10/2020	617,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

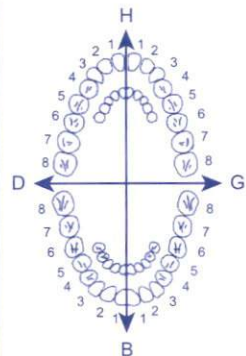
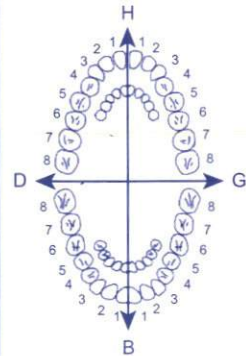
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

06/10/2020

NOTE D'HONORAIRE

Mr Rachid FILALI RAFIK .

Consultation + ECG.....: 300,00 DHS.

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

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

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

Fax : 0522.22.62.97

Dom : 0522.79.85.32

GSM cabinet : 06 78 18 18 16

Casablanca, Le 06/10/2020

Mr FILALI RAFIK Rachid

1 - KARDEGIC 160 mg: 1 SACHET A MIDI sans arrêt

2 - TENORMINE : 1/2 CP PAR JOUR
Traitement a ne pas arret LE MATIN

PHARMACIE WATC
153, Rue Habacha
(Bd Day Ould Sidi Baba)
Derb Ghellaf - Casablanc
Tél. 0522.29.81.55

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agé Cardiologie
5, Rue Mohamed Abdou - Casa
Tél. 0522.29.81.55

83,10
تنورمين 100 ملغ
أتينولول

83,10
تنورمين 100 ملغ
أتينولول

83,10
تنورمين 100 ملغ
أتينولول

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
11800
كارديجيك 160 ملغ
أستينولول
مستحوق لاصحول ل
علبة 30 كيس

83,10
تنورمين 100 ملغ
أتينولول

83,10
تنورمين 100 ملغ
أتينولول

83,10
تنورمين 100 ملغ
أتينولول

83,10
تنورمين 100 ملغ
أتينولول

Nom: FILALI RAFIK RACHID
Numéro: FILALI RAFIK RACHID
M ou Mme: Masculin
né le: Age: (-)

Enregistré: 06/10/2020 13:34:19
Enregistré par
Médecin de référence
Endroit:
Commentaire:

TA = 106/69

P / PQ 115 ms 152 ms
QRS dur: 85 ms
QT / QTc / QTd 386 m / 395 m / -
P/QRS/T axis: 53° / 51° / 48°
Rythme cardiaque: 65 bpm

