

# 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 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W19-582745

48963

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A.I.
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	0847	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AMJOUEL SAID			
Date de naissance : 01/07/1949			
Adresse : 84 A Résidence des Platanes Appartement n° 7 Boulevard Jemaa (44x 20m) Casablanca 20200			
Tél. :	0613214100/0522394810	Total des frais engagés : 2433,10	

Cadre réservé au Médecin	
Dr EL MAKHLOUF Ali Professeur Agrégé Cardiologie 5, Rue Med. Abdouh - Casa	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 05/11/2020	
Nom et prénom du malade : M. AMJOUEL SAID	
Lien de parenté : A lui-même	
Nature de la maladie : H.I.A	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Faisant partie d'un accident de la route	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements pour le déclencheur à la mutuelle : CASA	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA le : 26 NOV. 2020

Le : 09/11/2020

Signature de l'adhérent(e) : AMJOUEL SAID

ACCUEIL

## RELEVE 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
05/11/66	GP	300 DT	INP : 091057851	Dr. EL M... Professeur

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Harmacie Moud CHRAIBI Mouad</b> 59, Bd. Berrechid Ain Cas Casa - Tel: 0523 55	5/11/2020	2133,10

## **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
		A M	P C	I M	I V	

## RELEVE 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ]																
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> [ ]																
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> [ ]																
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> [ ]																
				<b>FIN D'EXECUTION</b> [ ]																
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> [ ]																
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">-----</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	-----		00000000	00000000	35533411		11433553		B		<b>MONTANTS DES SOINS</b> [ ]
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
-----																				
00000000	00000000																			
35533411																				
11433553																				
B																				
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<b>DATE DU DEVIS</b> [ ]																
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> [ ]																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

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. : 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 5 Novembre 2020

Mr Said AMJOUEL



3x273,00

1 - EXFORGE 10mg/160  
1 PAR JOUR SANS ARRET

3x21,00  
2 - SECTRAL 200 mg ; 1/2 CP PAR JOUR  
TTT A NE PAS ARRTER POUR 4 MOIS

3 - CRESTOR 5 mg : 1 CP LE SOIR SANS ARRET  
A PRENDRE TOUS LES SOIRS

3x196,20  
1x114,10  
2133,10

Dr. EL MAKHLOUF Ali  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med. Abdouh - Casablanca



**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: SAID AMJOUEL  
Numéro: AMJOUEL SAID  
M ou Mme: Masculin  
né le: 01/01/1949 Age: 71 an

Enregistré:  
Enregistré par  
Médecin de référence  
Endroit:  
Commentaire:

05/11/2020 09:59:54

P / PQ: 132 ms / 188 ms  
QRS dur: 100 ms  
QT / QTc / QTd: 385 ms / 390 ms / -  
P/QRS/T axis: 46° / 51° / 27°  
Rythme cardiaque: 63 bpm

*B 134/70*  
*P 875*

