

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

- 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-509871



| | | | |
|--|---------------------------------------|----------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) 16182 | | | |
| Matricule : 6405 | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : ED ASL HOUSSA INC | | | |
| Date de naissance : 28/03/64 | | | |
| Adresse : LOT LINA, N° 216 Sidi Jazouf Casablanca | | | |
| Tél. : 0661413586 | | | Total des frais engagés : 2750 Dhs |

| | |
|--|-----------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin | |
| Cachet du médecin : DR BENJELLOUN Mohammed Karim CARDIOLOGUE | |
| 511 Jardin Al Qods California Appt 38 (En Face poste Police et Concessionnaire RENAULT) Tél: 0522 52 57 45 - GSM: 0600 38 40 03 | |
| Date de consultation : 09/01/2020 | |
| Nom et prénom du malade : Mme Sonaj Naji | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même |
| Nature de la maladie : ALD | |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : TO JAN 2020 | |
| 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 : **ALQODS**

Signature de l'adhérent(e) : **H. J. J.**

Le : **09/01/2020**

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES | | | | |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant la Paiement des Actes |
| 09/01/2020 | CG 4 ECG | | 250 HTA |  Dr. BENJ'H DJEFFAL Nofah Djeffal CARDIOLOGISTE 511 Jardin Al Quds (Ain Chock) APP 38 En Face poste Police et concessionnaire RENAULT 06 51 52 57 45 - Gsm: 06 63 38 40 03 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 l'ORL.

| SOINS DENTAIRES | | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|----------|---|------------------|-------------|--|----------|----------|--|----------|----------|---|----------|----------|--|----------|----------|---|--|--|---|--|--|---|
| | | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Q.D.F PROTHESSES DENTAIRES | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">26533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | H | 26533412 | 21433552 | | 00000000 | 00000000 | D | 00000000 | 00000000 | | 35533411 | 11433553 | B | | | G | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| H | 26533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 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

 BENJELLOUN Mohammed Karim

Spécialiste des Maladies du Coeur et des Vaisseaux
Hypertension Artérielle, ECG (Tracé du coeur)
Cholestérol, Holter ECG et Tensionnel
Diplômé d'Echocardiographie Doppler
BORDEAUX



الدكتور بن جلون محمد كريم

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين
والضغط الدموي - الكوليسترول...
التخطيط الكهربائي للقلب، الهولتر
الفحص بالصدى
جامعة بوردو

Casablanca, le : 09.01.2020

T = 500 dirham

500 Pervil par 30 days (ربيع)

500 Augment 8% in (ربيع)

(126.30 x 2) Ex forage 5716



(361.00 6)

Pharmacie Jamea AL ADARISSA
AITOUHYANE Ghizlane
Dr. En Pharmacie
Lots. Loubna Mag. B1 Sidi Maâoul - Casa
Tel: 05 22 58 09 32 - Fax: 05 22 58 12 84

Alby 95 1/2 gr. 6 times (ربيع) 2434



Dr. BENJELLOUN Mohammed Karim
511 Jardins Al Qods, Casablanca - Maroc
Tél: 0522 52 57 45 - GSM: 0660 38 40 03
(Fax: 0522 52 57 45)

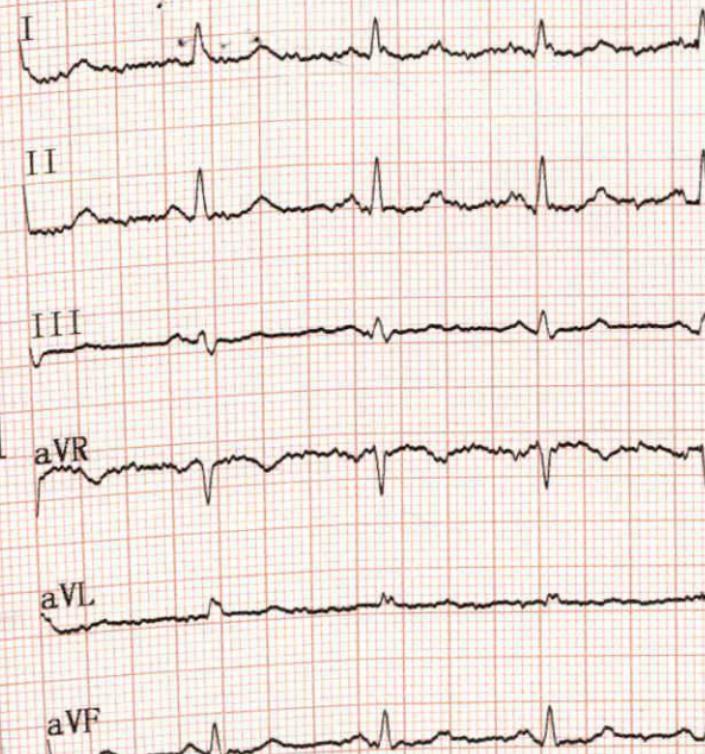
T = 2540.90

PPV : 126,30 DH
LOT : 609441
PER : 10/20

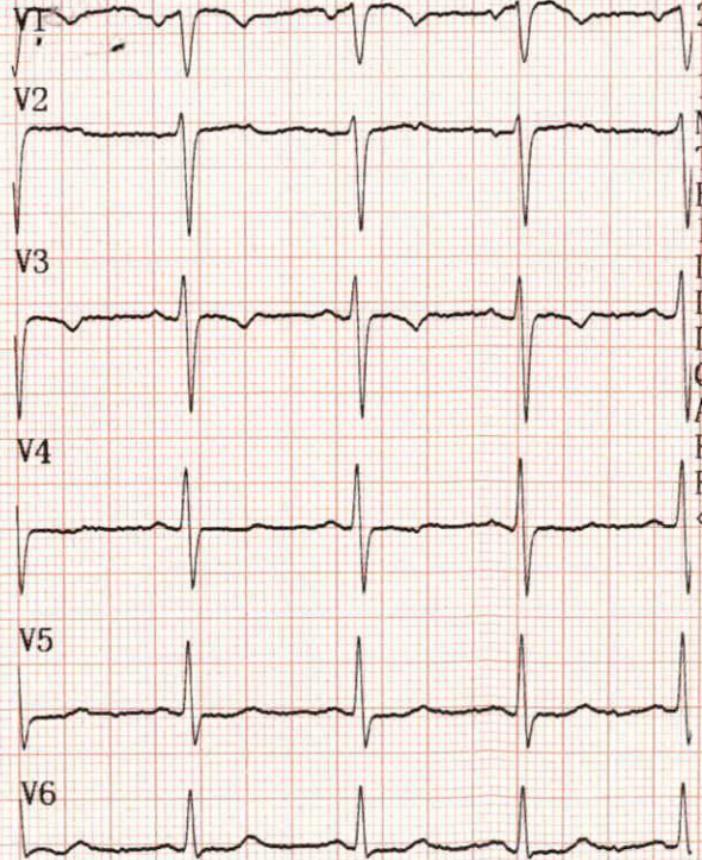
PPV : 126,30 DH
LOT : 609441
PER : 10/20



AUTO 10mm/mV



10mm/mV



25mm/s AC50Hz+EMG35Hz+DFT

Dr BENJELOUN mohammed karim
2020-01-09 10:03

ID:SOUAFI

Nom: NAIMA

Sexe:

Age:

cm Poids: _____ kg SYS/DIA: _____ / _____ mmHg

Taille:

[bpm]:80

FC

[ms]:145

Intervalle PR

[ms]:127

Durée P

[ms]:100

Durée QRS

[ms]:215

Durée T

[ms]:392/455

QT/QTc

[deg]:68.9/28.5/53.9

Axe P/QRS/T

[mV]:0.77/0.64

R(V5)/S(V1)

[mV]:1.41

R(V5)+S(V1)

<<Conclusions>>

Médecin _____