

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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		CA 21486	
Matricule : 3404		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : QASSOUD AHMED			
Date de naissance : 28/05/1960			
Adresse : RES RIAD AL ANDALOUS ALMEAIA VILLA 3 CALIFORNIE			
Tél. : 06 61 19 16 39		Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : / /			
Nom et prénom du malade : / / Age : / /			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : CASA

Le : 28/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

L' 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des soins
DROITE 12 11 21 22 GAUCHE 23 24 1 25 26 HAUT 14 10 18 17 16 15 13 12 11 21 22 BAS 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33	1			
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux															
<p>DROITE 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 GAUCHE 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32</p> <p>14 15 16 17 18 HAUT 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1</p> <p>48 47 46 45 44 43 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33 32 BAS 38 37 36 35 34 33 32 31 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21 20 19</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">D</td> <td style="width: 35%; text-align: center;">H</td> <td style="width: 50%; text-align: right;">G</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: right;">11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	D	H	G		25533412	21433552		00000000	00000000		00000000	00000000		35533411	11433553	<p>Montant des soins</p> <p>Date du devis</p> <p>Fin de</p>
D	H	G															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															

Table 1. Summary of the main characteristics of the four groups of patients.

VIOLET ADHERENT NOM : Mls

W112-2255262

DECLARATION N° W18-385092

Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de séances, Jeudies
---------------	----------------	--------------------------

Date de Dépot Montant engagé Nombre de pièces jointes

For more information about the study, please contact Dr. Michael J. Hwang at (310) 206-6500 or via email at mhwang@ucla.edu.



W18-385092

DATE DE DÉPO

28.1.01/2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 3404		
Nom & Prénom QASSOUD AHMED				
Fonction : C.D.B	Phones..... 0661191639			
Mail				
MEDECIN	Prénom du patient QASSOUD AHMED			
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age 080360	Date 28/01/2020		
Nature de la maladie HTA		Date 1ère visite		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
Consultation	Croix	3000 HTA		
PHARMACIE		Date 28.01.2020		
Montant de la facture		781.00		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires			
AUXILIAIRES MEDICAUX Date :				
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	

Dr Alami Mohamed
Professeur en Cardiologie
264 Bd Ghandi.
Residence Jawhara
Casablanca 20200

ORDONNANCE

28/01/2020

QASSOUD AHMED

125.00x4

APROVASC 300/5

1cp /J

39.30

ALDACTAZINE

1/2cp X2/J

SV
SV

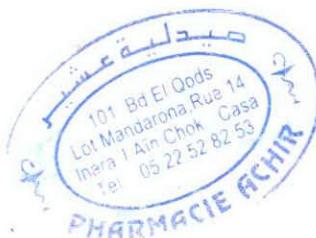
Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
APROVASC 300mg/5mg B28
Cp Pel
PPV : 185,60 DH
6 118001 082049

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
APROVASC 300mg/5mg B28
Cp Pel
PPV : 185,60 DH
6 118001 082049

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
APROVASC 300mg/5mg B28
Cp Pel
PPV : 185,60 DH
6 118001 082049

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
APROVASC 300mg/5mg B28
Cp Pel
PPV : 185,60 DH
6 118001 082049

781.70



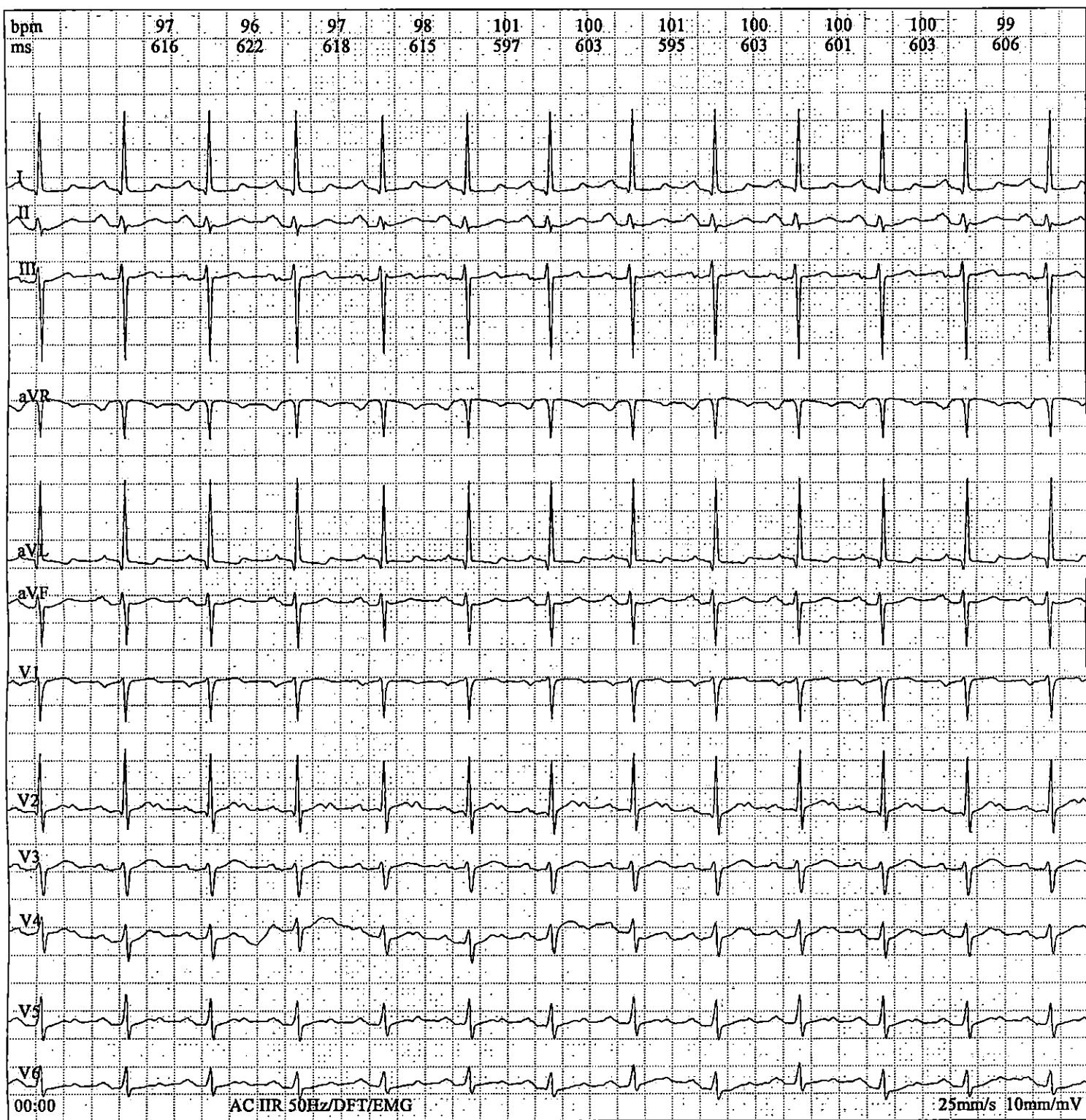
LOT N°: 1206411 39.30
UT. AV.: 0 21 P.P.V 39 30
09366132/4

Dr. ALAMI M
Professeur en Cardiologie
64 Bd Ghandi Casablanca
Tel. 05 22 39 01 12/05 61 15 78 0

Pr ALAMI Mohamed (S1)

ECG

Nom : qassoud ahmed Sex : Male Age : 60Y Clinique N : Section :
 SN : 0010072 Case No. : Lit No. : Date : 28/01/2020 15:6:48



Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	174 ms	Prompt:
Temps d'écha	18s	QT Interval:	331 ms	
HR:	101bpm	QTc Interval:	428 ms	
P Interval:	142ms	P Axis:	43.00°Cb	
QRS Interval:	86 ms	QRS Axis:	-20.20°Cb	
T Interval:	229 ms	T Axis:	73.30°Cb	

Dr. ALAMI M
Professeur en Cardiologie
264 Bd Ghandi - Casablanca
Tél. 05 22 39 01 12/05 61 15 780

Signature Medecin :

Fiche de Consultation du 28/01/2020

QASSOUD AHMED

Terrain Atopique: NON

Regime

Poids **84 Kg**

Indice de Masse (Norme: 20 à 25)

Risque CV %

TA **150 / 85 mmHg**

Frequence Card **101 c/mn**

Medicaments Prescrits

APROVASC 300/5

ALDACTAZINE

Examens Demandés

Radiologie

Biologie

Avis

Notes

Prochain RV **28/04/2020 14:30:00**