

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, parodontologie 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 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° W19-524146

CA

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **23890**

Matricule : **10333** Société : **RAM**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : **196**

Nom & Prénom : **JALALI ADIL**

Date de naissance : **18/02/2000**

Adresse : **511 Jardin Al Qods California Apt 38**

Tél. : **06224090-20** Total des frais engagés : **1250,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. BENJELLOUN Mohammed Karim**
CARDIOLOGUE
 Bd Al Qods (Ain Chock)
 511 Jardin Al Qods California Apt 38
 (En Face poste Police et concessionnaire RENAULT)
 Tél: 0522 22 57 45 - Gsm: 0622 22 57 45 - Gsm

Date de consultation : **28/01/2020**

Nom et prénom du malade : **Jalali Mohamed Amine** Age: **18**

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : **palpitations**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **recul de 30**

Dans le cas où la maladie aurait un caractère chronique, indiquer 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 : **06 MARS 2020** Le : **18/02/2020**

Signature de l'adhérent(e) : **JALALI ADIL**

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-524146

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : **10333**

Nom de l'adhérent(e) : **JALALI ADIL**

Total des frais engagés : **1250,00**

Date de dépôt : **04/03/2020**

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
28/01/2022	CS + ECG		250 M	INP : 09M66819 DR. BENVILLE LOUN (M. Benoit) CARMOLOGUE Rd Al Qods (in Check) 511 Jardin Al Qods (in Formia Apt 38) poste Police et concessionnaire 57 45 - Gsm:

[illegible][illegible][illegible]

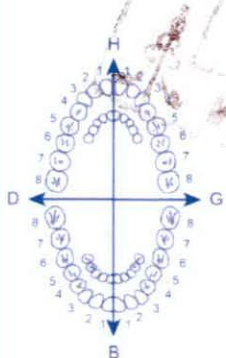
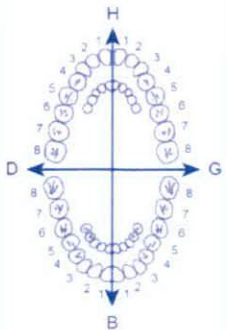
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX 	
				MONTANTS DES SOINS 	
				DEBUT D'EXECUTION 	
				FIN D'EXECUTION 	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX 	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: left;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <hr style="width: 100%;"/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: left;"> 00000000 11433553 B </div> </div>				MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
					DATE DU DEVIS
					DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr BENJELLOUN Mohammed Karim

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



الدكتور بن جلون محمد كريم

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين
والضغط الدموي - الكولسترول...
التخطيط الكهربائي للقلب، الهولتر
الفحص بالصدى
جامعة بوردو

Casablanca, le :

25 01 2020

Dr. Jaleli Mohamed Amme

Biologie St (1ml)

Dr. BENJELLOUN Mohammed Karim
CARDIOLOGUE
Bd. Al Qods 511, Jardins Al Qods Californie (En Face du Concessionnaire RENAULT), 4ème Etage, n° 38
Ain Chok - Casablanca - Tél.: 0612 65 13 15 / 05522 52 57 45 - E-mail : drbenjellounkarim@gmail.com
Tél: 0522 52 57 45 - Gsm: 0660 99 40 03
(En Face Poste Police et Concessionnaire RENAULT)

AUTO 10mm/mV

I



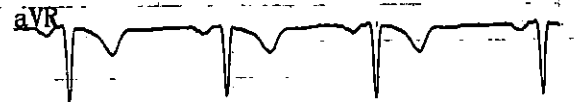
II



III



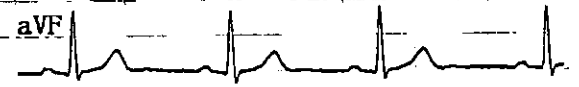
aVR



aVL



aVF



5mm/mV

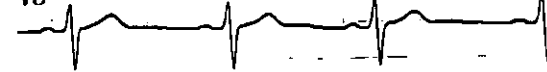
V1



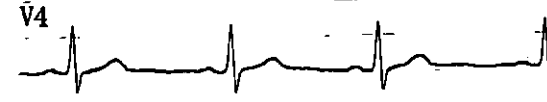
V2



V3



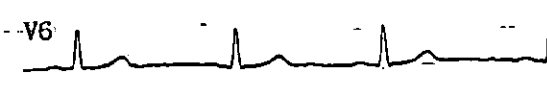
V4



V5



V6



Dr BENJELLOUN mohammed karim
2020-01-28 18:07

ID: JALALI

Nom: MOHAMED AMINE Sexe: Age:

Taille: cm Poids: kg SYS/DIA: mmHg

FC [bpm]: 69

Intervalle PR [ms]: 142

Durée P [ms]: 125

Durée QRS [ms]: 97

Durée T [ms]: 207

QT/QTc [ms]: 380/408

Axe P/QRS/T [deg]: 38.7/37.6/45.5

R(V5)/S(V1) [mV]: 1.38/1.52

R(V5)+S(V1) [mV]: 2.90

<<Conclusions>>

25mm/s AC50Hz+EMG35Hz+DFT

Médecin