

## 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

- Réclamation : 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

GT

|                                           |                                       |                                              |                                 |
|-------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie          | <input type="checkbox"/> Dentaire     | <input type="checkbox"/> Optique             | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)            |                                       |                                              |                                 |
| Matricule : <u>12333</u>                  |                                       | Société : <u>RAM</u>                         |                                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : <u>Fais</u> |                                 |
| Nom & Prénom : <u>JALALI ASIL</u>         |                                       |                                              |                                 |
| Date de naissance :                       |                                       |                                              |                                 |
| Adresse :                                 |                                       |                                              |                                 |
| Tél. : <u>05224990-20</u>                 |                                       | Total des frais engagés <u>#250,00 Dhs</u>   |                                 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                   |                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                   |                                   |
| Cachet du médecin :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                   |                                   |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">           Dr. BENJELLOUN Mohammed Karim<br/>           CANCROLOGUE<br/>           Bd Al Ondas (An Chock)<br/>           511 Jardin Al Qods California Appart 38<br/>           (En Face poste Police et concessionnaire RENAULT)<br/>           Tél: 0522 22 57 45 - GSM: ...         </div> |                                   |                                   |
| Date de consultation :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <u>28/01/2020</u>                 |                                   |
| Nom et prénom du malade :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <u>Jalali Mohamed Amine</u>       |                                   |
| Lien de parenté :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint |
| Nature de la maladie :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <u>palpatations Recrute</u>       |                                   |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                   |                                   |
| Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential 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  
 Signature de l'adhérent(e) : 06 MARS 2020

Le : 18/02/2020

|                                                                                                                            |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| VOLET ADHÉRENT                                                                                                             |  |
| Déclaration de maladie                                                                                                     |  |
| N° W19-524146                                                                                                              |  |
| Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.<br>Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure. |  |
| Coupon à conserver par l'adhérent(e).                                                                                      |  |
| Matricule : <u>12333</u>                                                                                                   |  |
| Nom de l'adhérent(e) : <u>JALALI ASIL</u>                                                                                  |  |
| Total des frais engagés : <u>#250,00</u>                                                                                   |  |
| Date de dépôt : <u>04/03/2020</u>                                                                                          |  |

#### **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                                                                                                      |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 18/01/2025      | CS + ECG          |                       | 25000                           | INP : 03X166819<br>Dr. BENJELLOUN M.D.<br>CARDIOLOGUE<br>Bd Al-Qods (Ain el-Aschek)<br>511 Jardin Arabe - 1007<br>Poste Police et gendarmerie REAULT<br>7745 - Gsm: |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                                                                     |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                                                                     |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                                                                     |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|----------------------------------------|------|-----------------------|
|                                        |      |                       |
|                                        |      |                       |
|                                        |      |                       |
|                                        |      |                       |
|                                        |      |                       |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   | .....  |     |     |     | .....                              |
|                                     |                   | .....  |     |     |     | .....                              |
|                                     |                   | .....  |     |     |     | .....                              |
|                                     |                   | .....  |     |     |     | .....                              |
|                                     |                   | .....  |     |     |     | .....                              |

## VOLET ADHERENT

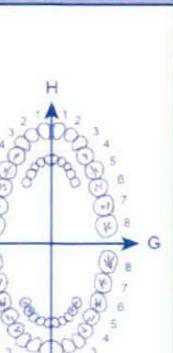
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| 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"/>         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES                                                         | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H                                              |                           |             |                                              |
|  | D                                                                                        | H                         | G           | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                                                                                      | 25533412<br>00000000                                                                     | 21433582<br>00000000      |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |
|                                                                                      | D<br>00000000<br>35533411                                                                | G<br>00000000<br>11433553 |             | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |
|                                                                                      | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                           |             | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>     |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr 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 و الشريان

والضغط الدموي - الكوليسترول ...

التخطيط الكهربائي للقلب، الـHolter

الفحص بالصدى

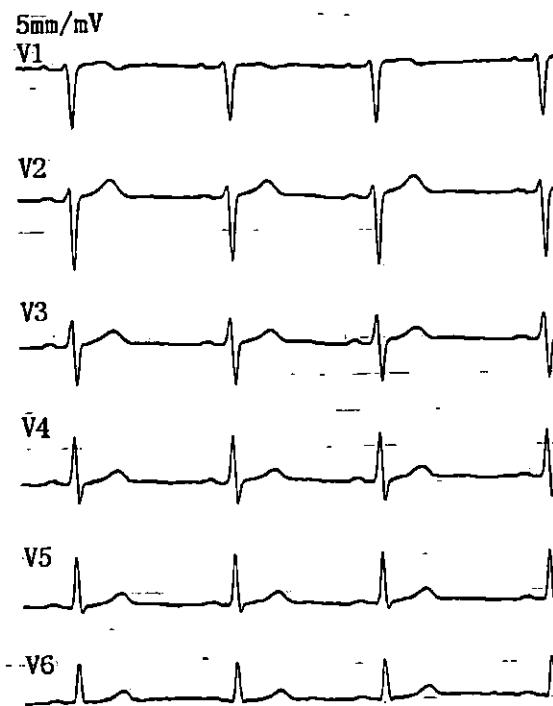
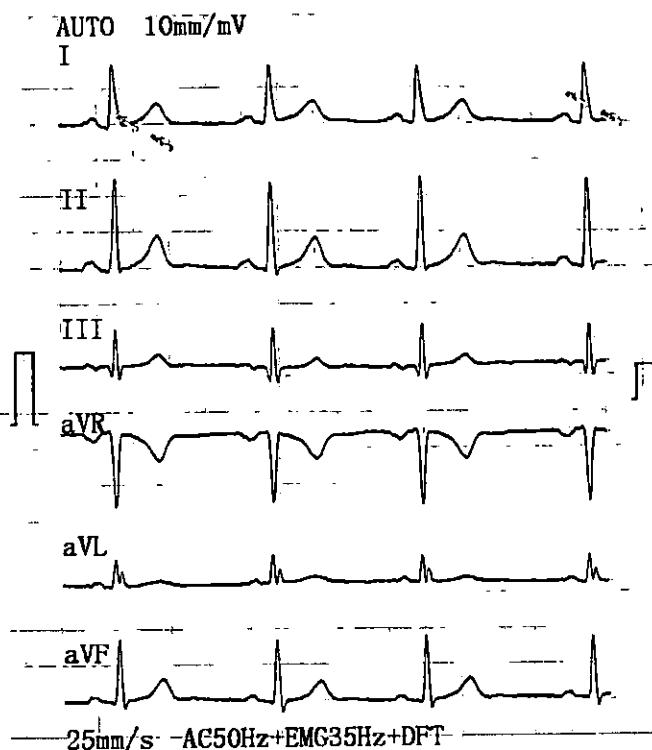
جامعة بوردو

Casablanca, le : ٢٥/٠٦/٢٠١٤

N° Jelili Mohamed Amine ,

Bordeaux St ٢٥/٠٦/٢٠١٤

Dr. BENJELLOUN Mohammed Karim  
Cardiologue  
Bn Al Qods (Ain Chok)  
Casablanca  
Tél.: 0522 52 57 45 - GSM: 0660 29 40 03  
Email: drbenjellounkarim@gmail.com



Dr BENJELOUN 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>>

Médecin \_\_\_\_\_