

# 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.

ALO 458

Matricule : 03719 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : CHIHIER ABDELKADER

Date de naissance : 10/03/1959

Adresse : HAY INADA 1 RVE 26 N° 4

Tél. : 0666726970 Total des frais engagés : 0hs

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/06/2022

Nom et prénom du malade : CHIHIER ABDELKADER

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  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 : 15/06/2022

Signature de l'adhérent(e) : Achmed

## 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
18/06/2015	CS + ECG	250	024	DR PENELOUE MOHAMMED KARIM CARDIOLOGIST Bab Al Qods (Ain Chams) 511 Jardin Al Qods California Apt 10 (En Face poste Police et concessionnaire RENAULT) Tel: 0522525745 - GSM:

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ANDALOUS BOUSKOURA BENCHAGROUN TAOURIT SIDI DOCTEUR en Pharmacie ANDALOUS II, GH7, Immt. 411 Bouskoura - CASABLANCA Tel : 05 22 32 03 6	10/06/2022	1631 - 170

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

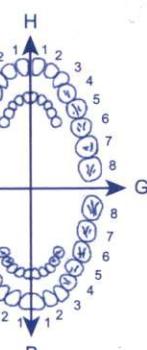
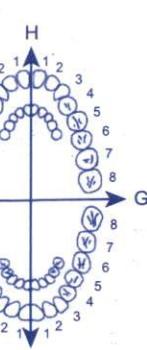
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>														
		<table border="1" data-bbox="1617 928 1860 1076"> <tr> <td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>B</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>G</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				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'EV

# Dr BENJELLOUN Mohammed Karim

Spécialiste des Maladies du Coeur et des Vaisseaux

Hypertension Artérielle, ECG (tracé du cœur)

Cholestérol, Holter ECG et Tensionnel

Diplômé d'Echocardiographie Doppler

الدكتور بن جلoun محمد كريم  
اختصاصي في أمراض القلب والشرايين  
و الصبغة الدموية - الكوليستروл .....



6 118001 102020  
Levotrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

DEAUX

Casablanca, le .....

15.06.2022

M. Chihab Rechida

91,00 x 3  
24,40 x 3 Sletical  
150,00 x 3 Levotrox 100 mg/pc  
150,00 x 3 Vepren

28,00 D- cur

28,00 Tetra

28,00 Glucop

28,00

28,00

28,00

28,00

Bd. Al Qods, 511, Jardins Al Qods Californie (En Face du concessionnaire RENAULT), 4ème Etage, n° 38  
Ain Chock - Casablanca - Tél. : 0612 65 13 15 / 0522 52 57 45 - E-mail : drbenjellounkarim@gmail.com

91,00

91,00

91,00

6 118001 102020

Levotrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020

Levotrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

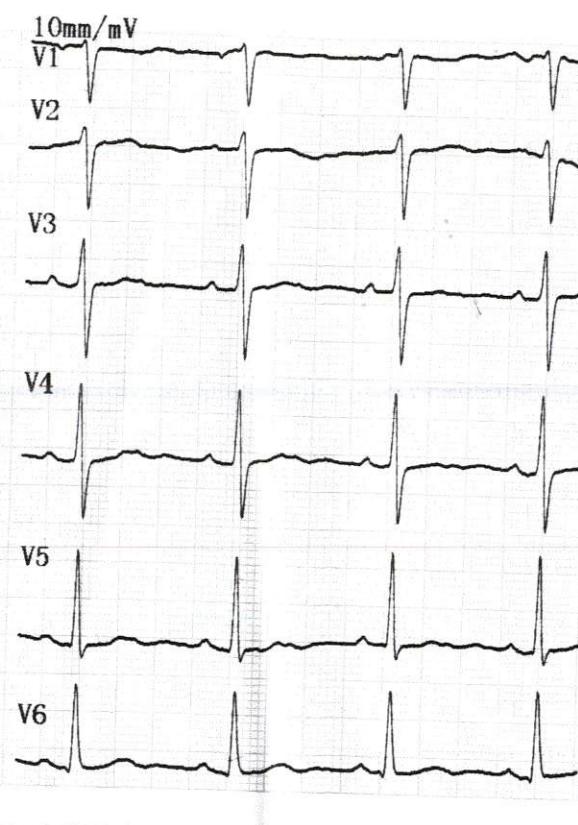
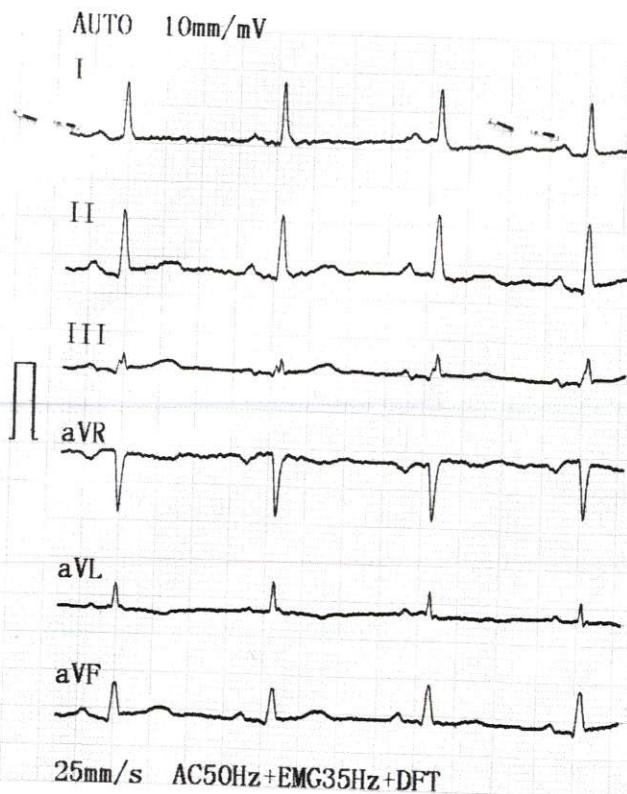
150,00

150,00

PPV: 56,30 DH  
LOT: 21103D  
EXP: 09/2023

TETRAMAG 30 CAPSULES  
Complément alimentaire  
Poids net 29,19 g  
LOT:  
PER:  
PPC: 95,00 DH

Dr. BENJELLOUN Mohammed Karim  
Spécialiste des Maladies du Coeur et des Vaisseaux  
Hypertension Artérielle, ECG (tracé du cœur)  
Cholestérol, Holter ECG et Tensionnel  
Diplômé d'Echocardiographie Doppler  
Bd. Al Qods, 511, Jardins Al Qods Californie (En Face du concessionnaire RENAULT), 4ème Etage, n° 38  
Ain Chock - Casablanca - Tél. : 0612 65 13 15 / 0522 52 57 45 - E-mail : drbenjellounkarim@gmail.com



Dr BENJELOUN mohammed karim  
2022-06-15 11:49

ID:CHIHEB

Nom: RACHIDA

Sexe:

Age:

cm Poids:

kg

SYS/DIA: / mmHg

Taille: cm

FC [bpm]: 72

Intervalle PR [ms]: 167

Durée P [ms]: 127

Durée QRS [ms]: 95

Durée T [ms]: 412

QT/QTc [ms]: 562/619

Axe P/QRS/T [deg]: 52.6/44.9/117.4

R(V5)/S(V1) [mV]: 1.20/0.71

R(V5)+S(V1) [mV]: 1.91

<<Conclusions>>

Médecin \_\_\_\_\_