

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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

- |                                                        |                       |
|--------------------------------------------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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.

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 668

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KARTI FATHNA

Date de naissance : 13-03-1955

Adresse : SALDIA 2, Rue 1 im 245 apt 5

Tél. : 06 84 15 37 82

Total des frais engagés :

140515

Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. JARDANEH HASSAN  
CARDIOLOGUE  
INP: 091080481**

Date de consultation : 20/10/2022

Nom et prénom du malade : Karim Fathna

Age : 66 ans

Enfant

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : HHTA rejetée, Diabète

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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 :

Le : / /

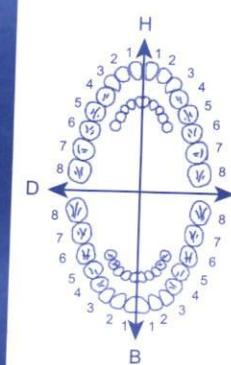
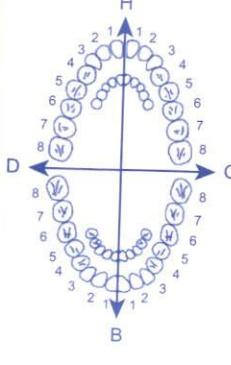
Signature de l'adhérent(e) :

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 Relèvement des Actes
04/10/2022	So + Eca	K6	3000	DR. M. HABIBI HABIBI DENTISTE Casablanca Tél: 05 22 38 36 84

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE BELLOUCH N°10 Salmia II Sbata Casablanca Tél: 05 22 38 36 84	04-10-22	1105,50

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

AUXILIAIRES MEDICAUX				
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	

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.																																																																																																																												
<b>SOINS DENTAIRES</b>  	<b>Dents Traitées</b>  <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																									<b>Nature des Soins</b>  <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																									<b>Coefficient</b>  <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																									<b>CCEFFICIENT DES TRAVAUX</b>  <input type="text"/>
<b>MONTANTS DES SOINS</b>  <input type="text"/>																																																																																																																												
<b>DEBUT D'EXECUTION</b>  <input type="text"/>																																																																																																																												
<b>FIN D'EXECUTION</b>  <input type="text"/>																																																																																																																												
<b>CCEFFICIENT DES TRAVAUX</b>  <input type="text"/>																																																																																																																												
<b>MONTANTS DES SOINS</b>  <input type="text"/>																																																																																																																												
<b>DATE DU DEVIS</b>  <input type="text"/>																																																																																																																												
<b>DATE DE L'EXECUTION</b>  <input type="text"/>																																																																																																																												
<b>ODF PROTHESES DENTAIRES</b>  																																																																																																																												
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <table border="1"> <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																																																																																																																
H	25533412	21433552																																																																																																																										
D	00000000	00000000																																																																																																																										
B	00000000	00000000																																																																																																																										
G	35533411	11433553																																																																																																																										
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																																																																																																												
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																																																																																																																												
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC'</b>																																																																																																																												

# عيادة أمراض القلب والشرايين والظفر الدموي

**Docteur JARDANEH Hassan**  
CARDIOLOGUE

Spécialiste des Maladies du Coeur  
des Vaisseaux et de l'Hypertension Artérielle

Diplômé de la Faculté de Médecine de Caen - France  
et de Bruxelles - Belgique

Ancien Attaché des Hopitaux de Bruxelles  
Echo Doppler Couleur Cardiaque

PHARMACIE BELLOUCH  
Rue 1 N°116 Salmia II Sbata  
Casablanca  
Tél: 05 22 38 36 84



الدكتور حسن جردانه  
اختصاصي

أمراض القلب والشرايين والظفر الدموي  
خريج كلية الطب بكان - فرنسا

وبروكسيل بيلجيما

طبيب ملحق سابق بمستشفيات بروكسيل  
فحص القلب بالصدى بالألوان

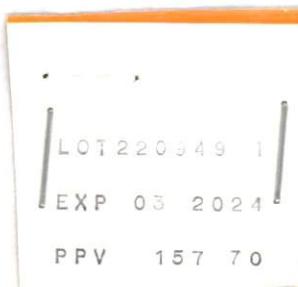
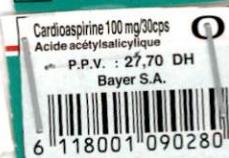
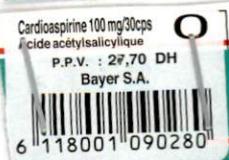
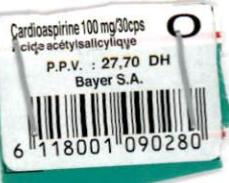
Casablanca, le :

04/10/2022

111,10 x 3  
R) Karmi Latna  
Biprélembard 57 à moitié  
72,00 x 3  
R) Delenuel 10 le matin  
27,70 x 3  
R) Cardiosuspension 100 à moitié  
157,70 x 3  
R) Iclavès 10 le matin  
T: 111,105,150 6 mois

PHARMACIE BELLOUCH  
Rue 1 N°116 Salmia II Sbata  
Casablanca  
Tél: 05 22 38 36 84

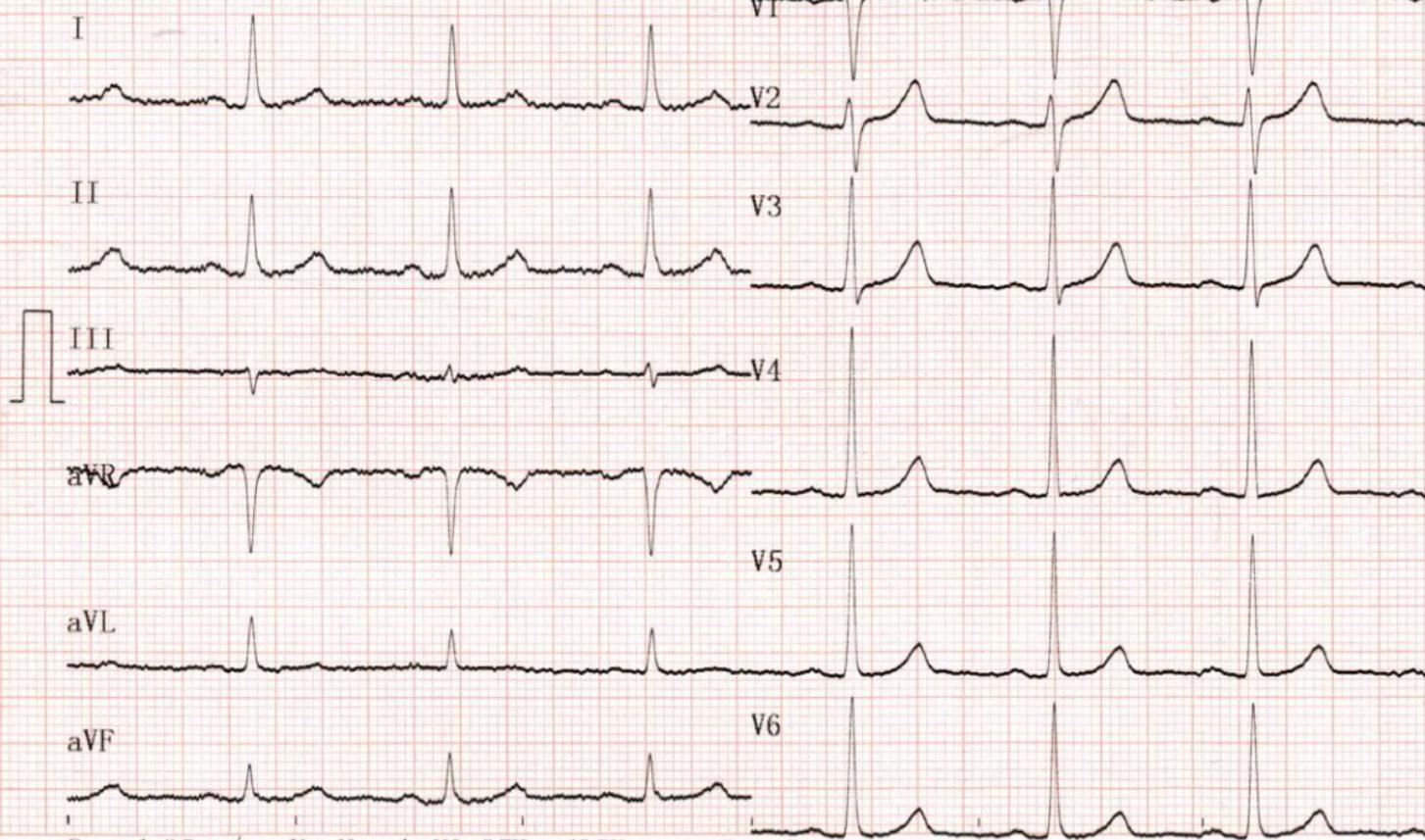
Dr JARDANEH Hassan  
CARDIOLOGUE  
386, Av Idriss El Harti  
Tel 022 55 12 12 Casablanca



Print by: 2022-10-04, 11:56:33

10mm/mV

$\sqrt{10}\text{mm}/\text{mV}$



Patient Name:

ID: 221004013

Sex:

Age:

D. O. B:

Height: cm

Weight: kg

BP.: mmHg

Medication history:

Illness symptom:

Application:

HR Rate

68 bpm

PR Interval

196 ms

QRS Duration

88 ms

QT/QTC Interval

410/436 ms

P/QRS/T Axis

46/25/47 °

RV5/SV1 Voltage

168/0.89 mV

RV5+SV1 Voltage

2.57 mV

+++++ Analyse result

Dr JARDAN Hassan  
CARDIOLOGUE  
Tel 366 41 10 55 12 12  
Fax 022 55 12 12 12  
Email: jardan.hassan@wanadoo.fr

8110 Sinus rhythm

1010 \*\* Normal ECG \*\*

Median-value beat:

