

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 jointé 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 ALG :

- 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>6405</u>	Société : <u>AB2025</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>El Hsli Houssaine</u>			
Date de naissance : <u>28/3/64</u>			
Adresse : <u>Le Lekh, 216, Sidi Mzroub, Casablanca</u>			
Tél. : <u>0667412686</u>	Total des frais engagés : <u>65,70</u> Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
 Dr. BENELLOUN Mohammed Karim CARDIOLOGUE 511 Janssens Rd Al Qods (Ain Choc.) Concessionnaire RENAULT	
Date de consultation	1/03/2023
Nom et prénom du malade	Jane SEVAB Karim
Lien de parenté	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie	MS + Hypertension
Affection longue durée ou chronique	<input type="checkbox"/> ALD <input checked="" type="checkbox"/> ALC
En cas d'accident préciser les causes et circonstances	24 MAI 2023
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 : AS A

Le : 24 / 5 / 2023

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. NISITTE BOUCHEA Pharmacie HAN BOUCHEA 52330 SAINT-DIZIER	31/03/23	335,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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														
				Montants des soins														
				Début d'exécution														
				Fin d'exécution														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
				Coefficient des travaux														
				Montants des soins														
				Date du devis														
				Date de l'exécution														

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 والشرايين

والضغط الدموي - الكوليسترول

التخطيط الكهربائي للقلب، الهولتر

الفحص بالصدى

جامعة بوردو

Casablanca, le 31 - 03 - 2013

En Sénégal

114.10x2

vector 5,1 - 1 l vent



6658 Alivet 0,5, 1/4 è le boute (3 mg)

35.70x3 - sebif pc : 1 (20 mg),



33530

الدكتور بن جلون محمد كريم
Dr. Nizarine BOUDEGGA
Pharmacie HAY BOUCHRE
44, Lotissement Bouchra
Sidi Maârouf - Casablanca
Tél : 05 22 52 10 10

Dr. BENJELLOUN Mohammed Karim

CARDIOLOGUE

64 Al Qods (Ain Chock)

511 Jardin Al Qods California Appt 38

(En Face poste Police et concessionnaire RENAULT)

Tél: 0522 52 57 45 - Gsm:

6 118001 183104
P.P.V.: 114,10 DH
Cresor 5mg CP Peil 330
Sidi Berroussi, Casablanca
Bd Alkima N° 6, QL
Maphar

LOT 223364 1
EXP 10 2025
APP 35.70

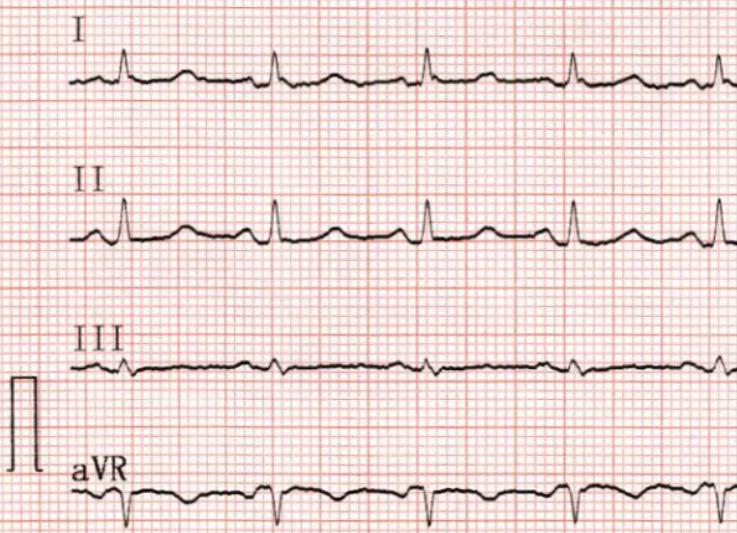
6 118001 183104
P.P.V.: 114,10 DH
Cresor 5mg CP Peil 330
Sidi Berroussi, Casablanca
Bd Alkima N° 6, QL
Maphar

LOT 223658 1
EXP 11 2025
APP 35.70

6 118001 183104
P.P.V.: 114,10 DH
Cresor 5mg CP Peil 330
Sidi Berroussi, Casablanca
Bd Alkima N° 6, QL
Maphar

LOT 210367 1
EXP 02 2024
APP 35.70

AUTO 10mm/mV

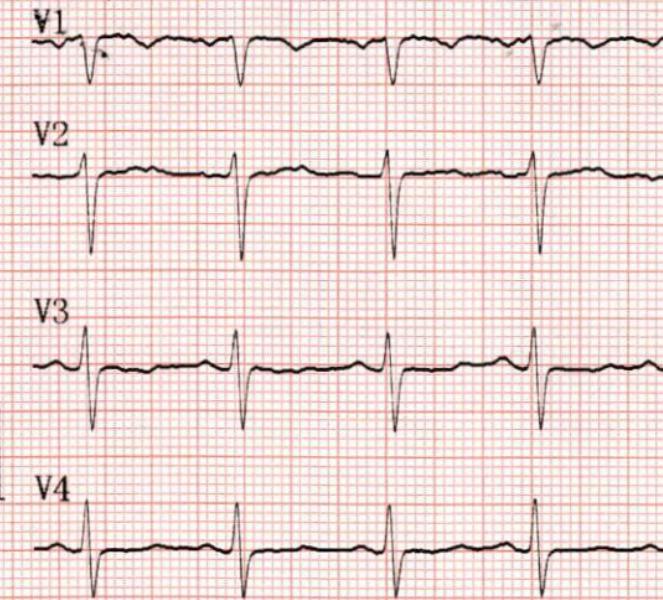


aVL

aVF

25mm/s AC50Hz+EMG35Hz+DFT

10mm/mV



V5

V6

Dr BENJELOUN mohammed karim
2023-03-31 11:40

ID: SOUAFI

Nom: NAIMA

Sexe:

Age:

cm Poids: _____ kg SYS/DIA: _____ mmHg

Taille: _____ cm

Poids: _____ kg

FC bpm: 94

ms: 142

Intervalle PR ms: 125

Durée P ms: 95

Durée QRS ms: 205

Durée T ms: 392/491

QT/QTc deg: 62.8/38.6/54.5

Axe P/QRS/T mV: 0.52/0.46

R(V5)/S(V1) mV: 0.98

R(V5)+S(V1) mV: 0.98

<<Conclusions>>

Médecin _____