

## 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

M22- 0020794

174858

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11182 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HAFID M. AHMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 50 7716 36 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/08/2023

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : HTA

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) :



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 25/08/2023      | CHS               |                       | 250,00                          |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

25/08/23

206,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

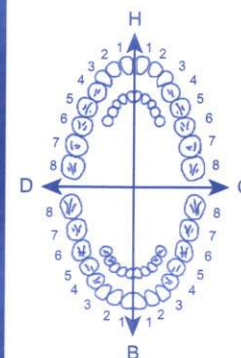
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



Coefficient des Travaux

Montants des Soins

Debut d'Execution

Fin d'Execution

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

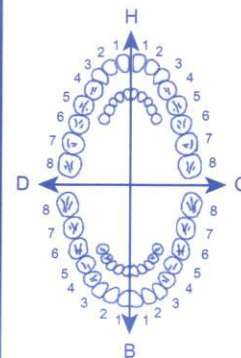
Coefficient des Travaux

Montants des Soins

Date du Devis

Date de l'Execution

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Kamal BELMADANI**  
Cardiologue Interventionnel



**الدكتور كمال بلمداني**  
طبيب اختصاصي في أمراض القلب و قسطة الشرايين

- Diplômé de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat
- Diplômé en Cardiologie Interventionnelle (D.I.U en coronarographie et angioplastie coronaire) Besançon - France
- Ancien Professeur à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat
- Ancien Médecin Militaire à l'Hôpital d'Instruction Mohamed V de Rabat

- خريج كلية الطب و الصيدلة بالرباط.
- حاصل على دبلوم قسطة شرايين القلب بزانسون، فرنسا.
- أستاذ سابق بكلية الطب والصيدلة بالرباط.
- طبيب عسكري سابق بالمستشفى العسكري الجامعي محمد الخامس بالرباط.

Le 25/08/2023

Mme EL Aourami Najat

4300 X3

My Orovasec 54

My untru (203 unis)

21 Auginib 504

My untru (203 unis)

PHARMACIE LES PARENTS  
Meda GOURAM  
3342 Lotissement Zoubeir  
Addona Oufa - Casablanca  
Gsm: 06 67 07 50 25

Dr. Kamal BELMADANI  
Cardiologue Interventionnel  
N° 6 Im I Rés. Al Majd Angle Bd Al Qods  
Mars Ain Chock - Casablanca  
Tél: 05 22 50 42 43 - Gsm: 06 61 24 00 94

ملتقى شارع القدس - 2 مارس، إقامة المجد، عمارة I الطابق الأول رقم 6 عين الشق - الدار البيضاء (قرب مقهى كيوطو)

Angle Bd Al Qods - 2 Mars Rés. Al Majd, Im I, 1er étage N° 6 Ain chock - Casablanca (Près du café KY)

Tél: 05 22 50 42 43 - Urgences : 06 61 24 00 94

**ANGINIB 50 mg**  
28 Comprimés orodispersibles



6 118000 050636

**Orovasc® 5 mg**  
Amlodipine  
30 Comprimés orodispersibles



6 118000 331681

**Orovasc® 5 mg**  
Amlodipine  
30 Comprimés orodispersibles



6 118000 331681

**Orovasc® 5 mg**  
Amlodipine  
30 Comprimés orodispersibles



6 118000 331681



Nom 20230825150033 Urgence  
N° patient 522848cc-49eb-49cb-bf81-c2010c41e566

25.08.2023 15:00:33  
12 dérivations standard

Date de naiss...  
Sexe Non défini  
Taille  
Poids  
Ethnique Non défini  
Stimulateur c... Inconnu

N° séjour  
Chambre  
Traitement  
N° requête  
Émetteur de l...  
Prot. requ.

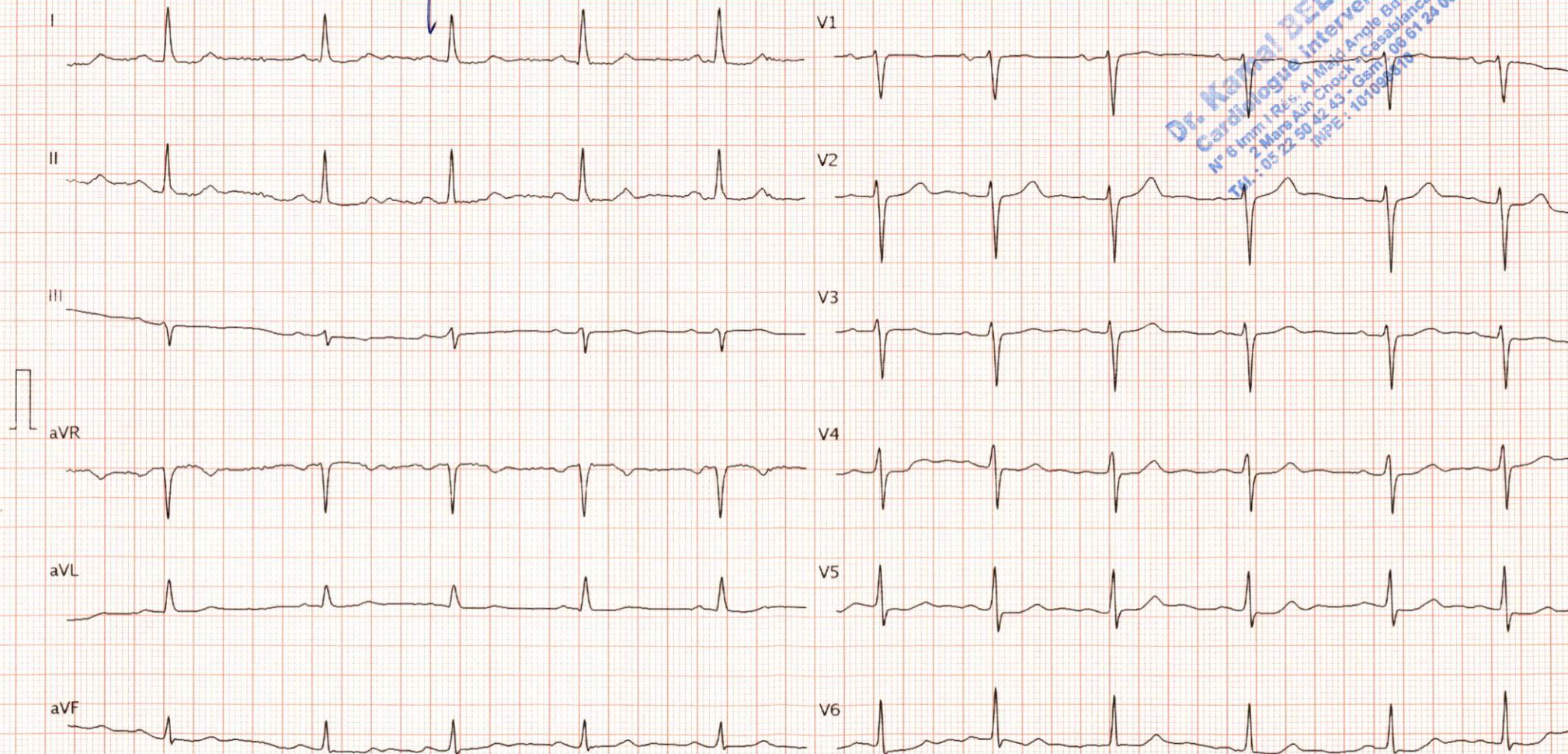
FC 67 bpm  
RR 893 ms  
P 110 ms  
PR 193 ms  
Axe P 38 °  
Axe QRS 29 °  
Axe T 43 °  
QRS 83 ms  
QT 404 ms  
QTcB 428 ms

Rapport non confirmé

Indication  
Remarque

EL AMRANI NAITAT

Dr. Kamal BELMADANI  
Cardiologue Interventionnel  
N° 6 1mm 1 Re- Al Mad Angle Bd Al Ouda  
2 Mars Ain Chock - Casablanca  
Tél : 05 22 50 42 43 - Gén : 06 61 24 00 84  
MPE : 10109670



25 mm/s, 10 mm/mV

Séquentiel

FPB 25 Hz, CA 50Hz

AT-102 G2 1.2.0 (1080.005035)

Dr Kamal BELMADANI - Imprimé sur 25.08.2023 15:00:50

Page 1 / 1