

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11182 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HAIFID M y A H M E D

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 50 77 16 36 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Kamal BELMADANI
Cardiologue interne et fonctionnel
N° 6 Imm 1 Rés. Al Majd Angle 2d Al Qods
2 Mars Ain Chock - Casablanca
Tel. : 05 22 50 42 43 - GSM : 06 61 24 00 94
Fax : 05 22 50 42 43 - Email : 101099310

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) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 25/08/2023 | Urgent | 1 | 250,00 | ma BE- Angé 3d Casa 06 61 21 1009310 |

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

| Cache du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| 234 E Louis St. Groupe Adoha Gsm: 06 87 07 50 25 | 25/08/23 | 206,20 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| | H |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | G |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]

The diagram shows a dental arch with 16 numbered teeth (1 through 8 on each side). The teeth are arranged in four rows: upper and lower incisors, upper and lower molars. A horizontal double-headed arrow at the bottom is labeled 'D' on the left and 'G' on the right. A vertical arrow pointing upwards is labeled 'H' at the top. A vertical arrow pointing downwards is labeled 'B' at the bottom.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- 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 قسطرة شرايين القلب بزانسون، فرنسا.
- أستاذ سابق بكلية الطب و الصيدلة بالرباط.
- طبيب عسكري سابق بالمستشفى العسكري الجامعي محمد الخامس بالرباط.

Le 25/08/2023

Mme EL Aouami Najar

43700 X3

1 M orovasc 54

7720

Mj untrn (203 mois)

21 Aug/mb 504

206,20

Mj untrn (203 mois)

PHARMACIE LES PARENTS
Nadia GOURANI
1342 Lotissement Zoubeir
Addona Oulfa - Casablanca
GSM: 06 67 07 50 25

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



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 83 ms
Axe T 29 °
QT 404 ms
QTcB 428 ms

Rapport non confirmé

Indication
Remarque



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