

## 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

- Reclamation : 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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-626107

68863

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5044 Société : RAN

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KERDOUN MOHAMMED

Date de naissance : 12-06-1963

Adresse : KERDOUN3@YAHOO.COM

Tél. : 0661193876 Total des frais engagés : 1548

Cadre réservé au Médecin

DR. HASSANI Sara  
CARDIOLOGUE  
11, Lot. El Hansali, Appt. 11  
3ème Etage, Av. My El Hassan I-Temara  
GSM: 0662 13 19 61-Fixe: 0537 61 37 61  
INPE: 101256956

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/04/2021

Nom et prénom du malade : Kerdoun Mohamed

Age : 54

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

Nature de la maladie : HTA

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 : Casablanca Le : 26/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

ACCUEIL H. HAKANI  
MUPRAS  
28 AVR. 2021



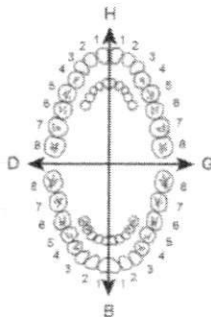
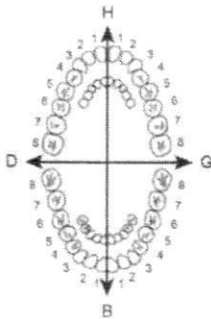
[illegible]

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<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'EXECUTION



Dr. HASSANI SARA  
CARDIOLOGUE

Lauréate de la Faculté de Médecine de Rabat  
Ancienne interne du CHU Ibn Sina  
Ancien Médecin à l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V  
Diplômée en Echocardiographie de l'Université Bordeaux II  
Diplômée en Imagerie Cardiaque de l'Université Paris Diderot



Témara, le 16/04/2021

## ORDONNANCE

Mr KERDOUN MOHAMED



COVERAM 5/5  
1 cp Par jour matin

( - Traitement de 3 mois - )

PHARMACIE RIZK  
LALAMIA SALOUA  
DR EN PHARMACIE  
Place Haj Ahmed Mekouar Rés. Karith  
AIN SEBAA - CASABLANCA  
Tél: 022.35.85.20

T= 1248100

Dr. HASSANI Sara  
CARDIOLOGUE  
11 Lot El Hansali, Appt. 11  
3ème Etage - Av. Mly El Hassan I - Témara  
GSM: 0662 13 19 61 - Fixe: 0537 61 37 61  
INPE : 101256956

Echocardiographie  
Holter ECG  
Holter tensionnel  
Doppler vasculaire  
Epreuve d'effort

GSM : 0662 13 19 61  
Fixe : 0537 61 37 61  
Mail : cabinetcardiologiehassani@gmail.com  
Adresse : 11 Lot El Hansali, 3<sup>ème</sup> étage, Appt. 11,  
avenue Moulay El Hassan - TEMARA

INPE : 101256956



101256956

# كوفيرام

حبّات 5 ملغ / 5 ملغ

بيراتدوبريل أرجنين / أملوديبين

55

30 حبّة



208,00

# كوفيرام

حبّات 5 ملغ / 5 ملغ

بيراتدوبريل أرجنين / أملوديبين

# 55

30 حبّة



208,00

# كوفيرام

حبّات 5 ملغ / 5 ملغ

بيراتدوبريل أرجنين / أملوديبين

# 55

30 حبّة



208,00

# كوفيرام

حبّات 5 ملغ / 5 ملغ

بيراتدوبريل أرجنين / أملوديبين

# 55

30 حبّة



208,00

# كوفيرام

حبّات 5 ملغ / 5 ملغ

بيراتدوبريل أرجنين / أملوديبين

# 55

30 حبّة



208,00



# كوفيرام

حبّات 5 ملغ / 5 ملغ

بيراتدوبريل أرجنين / أملوديبين

# 55

30 حبّة



208,00



**Dr. HASSANI SARA**  
**CARDIOLOGUE**

Lauréate de la Faculté de Médecine de Rabat  
Ancienne interne du CHU Ibn Sina  
Ancien Médecin à l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V  
Diplômée en Echocardiographie de l'Université Bordeaux II  
Diplômée en Imagerie Cardiaque de l'Université Paris Diderot

**16/04/2021**



**ICB 002734581000094**

**Mr KERDOUN MOHAMED**

### *Note d'honoraire*

Désignation	Montant
CONTROLE	
CONSULTATION + ECG	300,00

**Total Honoraires en MAD**

**300,00**

**Dr. HASSANI Sara**  
**CARDIOLOGUE**  
11 Lot. El Hansali, Appt. 11  
3ème Etage, Av. My El Hassan I - Temara  
GSM: 0662 13 19 61 - Fixe: 0537 61 37 61  
INPE: 101256956

Echocardiographie  
Holter ECG  
Holter tensionnel  
Doppler vasculaire  
Epreuve d'effort

GSM : 0662 13 19 61  
Fixe : 0537 61 37 61  
Mail : cabinetcardiologiehassani@gmail.com  
Adresse : 11 Lot El Hansali, 3<sup>ème</sup> étage, Appt. 11,  
avenue Moulay El Hassan - TEMARA

INPE : 101256956



101256956

# ECG

Nom : kerdoun mohammed

Clini:

SN:0000018

Sexe :Homme

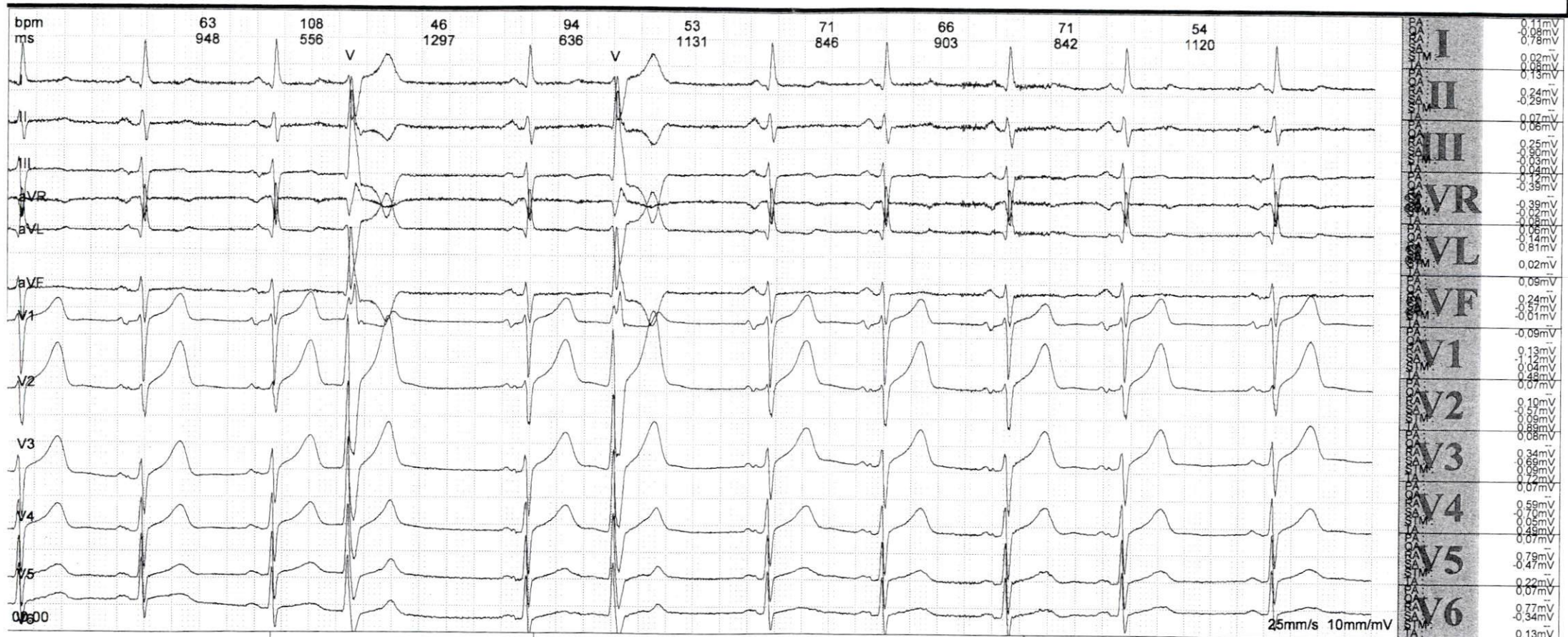
Age :57Y

Servi:

Cas:G136342

Lit:

Date:16/04/2021 14:31:12



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle PR	160 ms
Temps d'échantillon	10 s	Intervalle QT	439 ms
HR:	65 bpm	Intervalle QTc	458 ms
Intervalle P	146 ms	Axe P	56,0°
Intervalle QRS	95 ms	Axe QRS	-29,3°
Intervalle T	282 ms	Axe T	63,0°

Prompt:

Puls. totals10 ,Rythme normal8 ,VE 2 .  
Normal Sinus Rhythm;Middling Left axis deviation;

Signature du médecin :