

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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- 0020686

140291

☐ 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 : KERDOUN9@GMAIL.COM

Tél : 0661193876 Total des frais engagés : 39T,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/11/2022

Nom et prénom du malade : KERDOUN SAAD Age: 22

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

Nature de la maladie : Douleur thoracique

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 : RABAT Le : 04/11/22

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

| 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 |
| 03/11/22                       | CS + ECG          |                       | 300,00 d.                       |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |

| EXECUTION DES ORDONNANCES   |            |                       |
|---|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
|  | 03.11.2022 | 95,00                 |
|   |            |                       |
|   |            |                       |
|   |            |                       |
|   |            |                       |

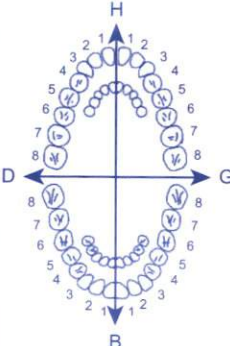
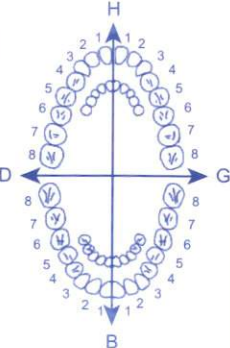
[illegible][illegible]

## 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<br>Traitées   | Nature des<br>Soins | Coefficient |  |
|---|---|---------------------|-------------|--|
|    |   |                     |             | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX<br/><br/> MONTANTS DES SOINS<br/><br/> DEBUT D'EXECUTION<br/><br/> FIN D'EXECUTION </div> <div style="width: 35%;"> <input style="width: 90%;" type="text"/><br/><br/> <input style="width: 90%;" type="text"/><br/><br/> <input style="width: 90%;" type="text"/><br/><br/> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> |
|   |   |                     |             |  |
|   |   |                     |             |  |
|   |   |                     |             |  |
|   |   |                     |             |  |
|   |   |                     |             |  |
|   |   |                     |             |  |
|   |   |                     |             |  |
|   |   |                     |             |  |
|   |   |                     |             |  |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES  | <b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><br><div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H<br/> 25533412    21433552<br/> 00000000    00000000<br/> D ————— G<br/> 00000000    00000000<br/> 35533411    11433553<br/> B </div> </div> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <b>[Création, remont, adjonction]</b><br/> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </p> |                     |             | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX<br/><br/> MONTANTS DES SOINS<br/><br/> DATE DU DEVIS<br/><br/> DATE DE L'EXECUTION </div> <div style="width: 35%;"> <input style="width: 90%;" type="text"/><br/><br/> <input style="width: 90%;" type="text"/><br/><br/> <input style="width: 90%;" type="text"/><br/><br/> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> |
|  |   |                     |             |  |
|   |   |                     |             |  |
|   |   |                     |             |  |
|   |   |                     |             |  |
|   |   |                     |             |  |
|   |   |                     |             |  |
|   |   |                     |             |  |
|   |   |                     |             |  |
|   |   |                     |             |  |

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

Important :

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.**

| SOINS DENTAIRES | Dents<br>Traitées |  | Nature des<br>Soins | Coefficient |                            |
|-----------------|-------------------|--|---------------------|-------------|----------------------------|
|                 |                   |  |                     |             | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX |
|                 |                   |  |                     |             |                            |
|                 |                   |  |                     |             |                            |
|                 |                   |  |                     |             | MONTANTS<br>DES SOINS      |
|                 |                   |  |                     |             |                            |
|                 |                   |  |                     |             |                            |
|                 |                   |  |                     |             | DEBUT<br>D'EXECUTION       |
|                 |                   |  |                     |             |                            |
|                 |                   |  |                     |             |                            |
|                 |                   |  |                     |             | FIN<br>D'EXECUTION         |
|                 |                   |  |                     |             |                            |
|                 |                   |  |                     |             |                            |


O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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

خريجة كلية الطب بالرباط  
دبلوم فحص القلب بالصدى . جامعة بوردو  
دبلوم تصوير القلب . جامعة باريس  
طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي ابن سينا  
طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى العسكري محمد الخامس

Témara, le 03/11/2022

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

Kordoun Saad

97,00

1)

Extra mag 300mg

1 cplg

matin

1x 2 semaines

**PHARMACIE**  
Av. Mohammed VI - km 17  
El Menzeh - Témara  
Tel : 0537 01 10 57  
INPE : 102091022

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



IA: 118/63 mmHg

SpO2 96%

Fc: 68 bpm

Nom: KERDOUN SAAD

Clini:

SN:0001519

Sexe: Homme

Age: 22Y

**ECG**

Servi:

Cas:

Lit:

Date: 03/11/2022 15:46:44

P: 72 Kg

T: 1m90

IMC: 19

bpm 61 65 60 58 62  
ms 979 928 1001 1038 962



|      |         |
|------|---------|
| PA:  | 0.05mV  |
| QA:  | --      |
| RA:  | 0.20mV  |
| SA:  | -0.32mV |
| STM: | --      |
| TA:  | 0.16mV  |
| PA:  | 0.17mV  |
| QA:  | --      |
| RA:  | 0.68mV  |
| SA:  | -0.29mV |
| STM: | 0.02mV  |
| TA:  | 0.41mV  |
| PA:  | 0.14mV  |
| QA:  | -0.08mV |
| RA:  | 0.58mV  |
| SA:  | --      |
| STM: | 0.03mV  |
| TA:  | 0.27mV  |
| PA:  | -0.11mV |
| QA:  | -0.39mV |
| RA:  | 0.30mV  |
| SA:  | --      |
| STM: | --      |
| TA:  | -0.28mV |
| PA:  | --      |
| QA:  | --      |
| RA:  | 0.10mV  |
| SA:  | -0.25mV |
| STM: | --      |
| TA:  | -0.07mV |
| PA:  | 0.15mV  |
| QA:  | -0.06mV |
| RA:  | 0.63mV  |
| SA:  | -0.18mV |
| STM: | 0.03mV  |
| TA:  | 0.34mV  |
| PA:  | 0.10mV  |
| QA:  | --      |
| RA:  | 0.13mV  |
| SA:  | -0.33mV |
| STM: | 0.03mV  |
| TA:  | -0.13mV |
| PA:  | 0.10mV  |
| QA:  | --      |
| RA:  | 0.50mV  |
| SA:  | -0.94mV |
| STM: | 0.06mV  |
| TA:  | 0.36mV  |
| PA:  | 0.11mV  |
| QA:  | --      |
| RA:  | 0.47mV  |
| SA:  | -1.62mV |
| STM: | 0.07mV  |
| TA:  | 0.68mV  |
| PA:  | 0.07mV  |
| QA:  | --      |
| RA:  | 0.85mV  |
| SA:  | -0.71mV |
| STM: | 0.04mV  |
| TA:  | 0.52mV  |
| PA:  | 0.06mV  |
| QA:  | --      |
| RA:  | 1.05mV  |
| SA:  | -0.54mV |
| STM: | --      |
| TA:  | 0.50mV  |
| PA:  | --      |
| QA:  | --      |
| RA:  | 0.86mV  |
| SA:  | -0.36mV |
| STM: | --      |
| TA:  | 0.38mV  |

|                     |         |                |        |
|---------------------|---------|----------------|--------|
| Fréquence :         | 1000 Hz | Intervalle PR  | 159 ms |
| Temps d'échantillon | 15 s    | Intervalle QT  | 395 ms |
| HR:                 | 61 bpm  | Intervalle QTc | 398 ms |
| Intervalle P        | 84 ms   | Axe P          | 76,0°  |
| Intervalle QRS      | 89 ms   | Axe QRS        | 103,9° |
| Intervalle T        | 227 ms  | Axe T          | 67,5°  |

Prompt:  
Puls. totaux 14, Rythme normal 14.  
Normal Sinus Rhythm; Longitudinal Right axis deviation;

Dr. HASSAN SAAD  
CARDIOLOGUE  
11 Let. El Mansali, Appt. 11  
Jawh Etage, Av. My El Hassan I Temara  
GSM: 0662 13 11 61 Fixe: 0537 61 37 61  
INPE: 101256956

Signature du médecin :