

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

- 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 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-690584

153300-

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03532 Société : R A M
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : NOURI MOSTAFA
 Date de naissance : 10-09-1955
 Adresse : 01m citadine rue 6 n°7 - w24. 450. 400
 Tél. : 06 61 882 44 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Kamal BELMADANI
 Cardiologue Interventionnel
 N° 01m : Rev. Al Majd Angle 80 47000
 N° 052 50 42 49 - Casablanca
 Tél. 052 50 42 49 - 101090140
 Date de consultation : 23/03/23
 Nom et prénom du malade : NOURI MOSTAFA
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HTA grade II
 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) : [Signature]

VOLET ADHERENT

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
9/10/2023	Stéril		259,00	Dr. Kamal BELHABIB

INF :

Dr. Kamal BELHABIB
Cardiologue Interventionnel
6 Imc 1 Rés. 2 Majd Angle Bd Al C
2 Mars Ain Chock - Casablanca
Tél : 05 22 50 42 43 - Gsm : 06 57 10 10 9880

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

9/12/23

568,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

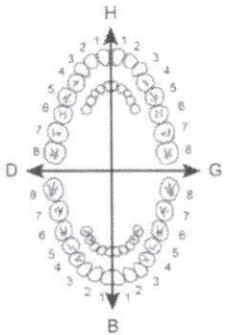
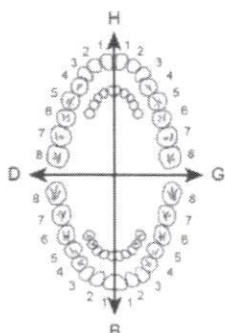
IM

IV

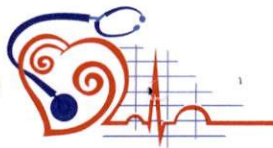
Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

Traitées		Soins																														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																												
				MONTANTS DES SOINS																												
				DEBUT D'EXECUTION																												
				FIN D'EXECUTION																												
																																
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES																																
																																
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>				H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D				00000000	00000000			35533411	11433553			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX
H		G																														
25533412	21433552																															
00000000	00000000																															
D																																
00000000	00000000																															
35533411	11433553																															
B																																
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS																												
				DATE DU DEVIS																												
				DATE DE L'EXECUTION																												
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 والصيدلة بالرباط.
- طبيب عسكري سابق بالمستشفى
العسكري الجامعي محمد الخامس بالرباط.

Le 24/01/2023

Mr NOURI MOSTAFA

Valphw Nos
Mr Nouri (203 mois)

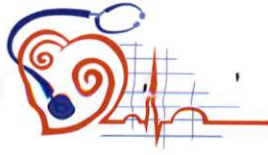
Dr. Kamal BELMADANI
Cardiologue Interventionnel
N° 6 Imm I Rés. Al Majd Angle Bd Al Qods
2 Mars Ain Chock - Casablanca
Tél: 05 22 50 42 43 - Gem: 06 61 24 00 94
INPE: 101899810



Dr. Kamal BELMADANI

Cardiologue Interventionnel

الدكتور كمال بلمداني
طبيب إختصاصي في أمراض القلب و قسطة الشرايين



- Diplômé de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat
- Diplômé en Cardiologie Interventionnelle
- (Fellowship en Coronarographie et angioplastie coronaire)
- France
- Enseignant à la Faculté de Médecine de Rabat
- Militaire à l'Hôpital d'Instruction

- 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 09/02/2023

Mr NOURE MOSTAFA

$49,60 \times 3 = 148,80$

1/ Cure Forte 100-000

2 amp / 15 jours (203 Ampoules) / jour

2 amp / 10 jours (203 Ampoules)

2/ Valparin 1000

100 x 3
1/ 1000 mg 203 ampoules

Dr. Kamal BELMADANI
Cardiologue Interventionnel

2 Mars Rés. Al Majd, Im I, 1er étage N° 6 Aïn chock - Casablanca
Tél: 05 22 50 42 43 - Urgences : 06 61 24 00 94

ملتقى شارع القدس - 2 مارس، إقامة الدكتور بلمداني رقم 6 عين الشق - الدار البيضاء (قر)
2 Mars Rés. Al Majd, Im I, 1er étage N° 6 Aïn chock - Casablanca (Près du café KYOTO)
Tél: 05 22 50 42 43 - Urgences : 06 61 24 00 94