

## 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.



150710  
Déclaration de Maladie : N° S19-0004146

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01728 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : GHOUAMI Ned Date de naissance :  
Adresse : NASSIM GH3 P 02 AP 14 Johamedia  
Tél. : 06 78 022 492 Total des frais engagés : Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/02/23  
Nom et prénom du malade : GHOUAMI Ned Age :

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 : Johamedia Le : 15 / 02 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

### Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant la réalisation des Actes
14/02/23	102/27	1	3000	DR. BENHAMMACH Mohamed Cariologie Bd MOHAMED V. Rés AL HANAN Appt 8. MOHAMMEDIA Tel: 05.23.31.01.06

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL NASSIM CH9 Boulevard EL BASR Tunis	14.02.23	803.50 DH

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

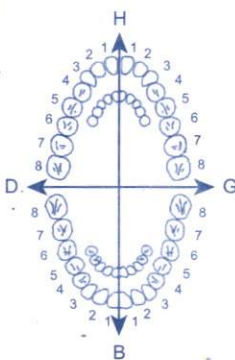
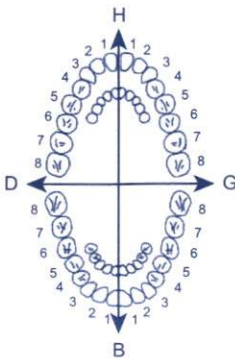
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 <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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </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. BENHAMMACHT Nouzha

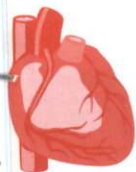
CARDIOLOGUE

Spécialiste des Maladies du Cœur  
et des Vaisseaux

Exploration Cardio-Vasculaire

Hypertension artérielle

Adulte - Enfant - Nourrisson



الدكتورة بنهماشت نزهة

إختصاصية في أمراض القلب

و الشرايين

إرتفاع الضغط الدموي

الكبار - الصغار - الرضع

10/03min

Mohammed, le : 14/04/23

GHOLANI Nayem

1500x3. Vepan. 300  
1cp



1500x3. Im'kal 5  
1/2 cp



3500x3. Koudigic 160  
1/2 cp



5000x2. Tenon.  
1/2 cp



T: 80350

150,00

150,00

150,00

LOT : 220793

EXP : 05/2025

PPV : 43,00DH

UT. AV. :

LOT N° :

PPV (DH) :

LOT : 220793

EXP : 05/2025

PPV : 43,00DH

UT. AV. :

LOT N° :

PPV (DH) :

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

LOT : 220793  
EXP : 05/2025  
PPV : 43,00DH

LOT : 22E011  
PER : 06/2024  
KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



LOT : 22E010  
PER : 05/2024  
KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



LOT : 22E010  
PER : 05/2024  
KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



LOT : 21E005V  
PER : 11/2024  
TENORMINE 100MG  
CP PEL SEC B28

P.P.V : 58DH70



LOT : 22E002  
PER : 07/2025  
TENORMINE 100MG  
CP PEL SEC B28

P.P.V : 58DH70





Dr BENHAMMACHT Nouzha

Nom : GHOULAMI MOHAMMED 791

Sex : Case No. :

Age : Lit No. :

Clinique N : Date : 14/02/2023

Section :

Fréquence: 1000Hz

Temps d'écha 10s

FC: --

P Interval: --

QRS Interval: --

T Interval: --

PR Interval: --

QT Interval: --

QTc Interval: --

P Axis: --

QRS Axis: --

T Axis: --

Prompt:

Dr. BENHAMMACHT Nouzha  
Cardiologie  
Bd MOHAMED V. Rés AL HAMD  
Appel MOHAMMED  
Tél : 05.23.31.01.06

ECG

Signature Medecin:

