

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

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

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 : **G. HOULLAMI**

Date de naissance :

Adresse : **NASSIM G+3**

Téléphone : **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 : **Zouhaila**, Age : 41 ans

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 : **Zouhaila**

Le : **16/02/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **adS**



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
14/01/2017	Consultation	3x20 Dhs	60 Dhs	Dr BENHAMMACH MOUssa Cardiologie 22 MOHAMED V, Rés AL HAFID Appt 8 MOHAMMEDIA 05.23.31.01.06

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	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

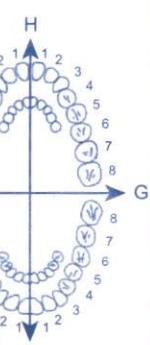
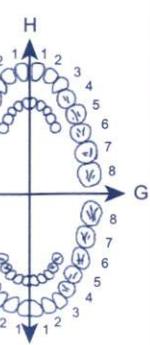
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000		35533411	11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
		(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

Dr. BENHAMMACHT Nouzha

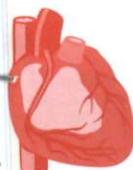
CARDIOLOGUE

Spécialiste des Maladies du Coeur
et des Vaisseaux

Exploration Cardio-Vasculaire

Hypertension artérielle

Adulte - Enfant - Nourrisson



الدكتورة بنهماشت نزهة

إختصاصية في أمراض القلب

والشرايين

ارتفاع الضغط الدموي

الكبار - الصغار - الرضع

١٦٧ (٥٣ mois)

Mohammedia, le : 14/02/23.

Ghorani Nouzha

١٥٥ cm x 3. Végan. 30 kg
1kg / -

✓
✓

٣. I m'Kals
les 2

✓
✓

٣٣ kg x 3. Kardigic 160
1kg / anion

✓
✓

٥٣ kg x 2

T ence.

1kg / -

✓
✓

T : 803.50

7

BENHAMMACHT Nouzha
Cardiologue
Appt 8 MOHAMMED V RESIDENCE AL HAMD
Appt 8 MOHAMMED V RESIDENCE AL HAMD
Appt 8 MOHAMMED V RESIDENCE AL HAMD

شارع محمد الخامس - إقامة الحمد الطابق 2 (بالمصعد) فوق البنك BMCE الشقة 8 لمحمدية

Bd. Mohammed V, Résidence Al Hamd, 2ème Etage (Ascenseur) au dessus de la banque BMCE
Appt 8 Mohammedia - Tél.: 05 23 31 01 06 - Urgences : 06 48 20 31 00

150,00

150,00

150,00

~~LOT : 220793~~

~~EXP : 05/2025~~

~~PPV : 43,00DH~~

PPV (DH) : LOT N° : UT. AV. :

~~LOT : 220793~~

~~EXP : 05/2025~~

~~PPV : 43,00DH~~

PPV (DH) : LOT N° : UT. AV. :

~~PPV : 43,00DH~~

~~EXP : 05/2025~~

~~LOT : 220793~~

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70

LOT : 22E011
PER : 06 2024



6 118001 081189

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70

LOT : 22E010
PER : 05 2024



6 118001 081189

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70

LOT : 22E010
PER : 05 2024



6 118001 081189

TENORMINE 100MG
CP PEL SEC B28

P.P.V : 58DH70

LOT : 21E005V
PER : 11 2024



6 118000 011590

TENORMINE 100MG
CP PEL SEC B28

P.P.V : 58DH70

LOT : 22E002
PER : 07 2025



6 118000 011590

Dr BENHAMMACHT Nouzha

Nom : GHOULAMI MOHAMMED 791

ECG

Sex : Case No. :

Age : Lit No. :

Clinique N : Date : 14/02/2023

Section :

Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	--	Prompt:
Temps d'écha	10s	QT Interval:	--	
FC:	--	QTc Interval:	--	
P Interval:	--	P Axis:		
QRS Interval:	--	QRS Axis:		
T Interval:	--	T Axis:		

Dr. BENHAMMACHT Nouzha
Bd MOHAMED V. Rés AL HAMD
Appr. 8. MOHAMMED MEDIA
Tel : 05.23.31.01.06

Signature Medecin:

