

## 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

- 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-774007

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07739 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Mohamed

Nom & Prénom : FADIL Mohamed

Date de naissance : 14-10-1956

Adresse : Habi Lulle

Tél : 0604331303 Total des frais engagés : 162563 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Hamza RENNOUNA  
Cardiologue  
Bd. Abdelmoumen et Rue Abdelmalk  
CASABLANCA

Date de consultation : 22 MAI 2023 Tél : 05 22 60 59 39 / 38 38

Nom et prénom du malade : FADIL Mohamed Age : 56

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

Nature de la maladie : Bata maladie

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 : 22 MAI 2023

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

Dates des Actes	
22 MAI 2023	
22 MAI 2023	

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Règlement des Actes
Mai 2023	Consultation		3000	<p>Hamza BENNOUNA Généraliste 1387 10/05/2023</p>
22 Mai 2023	Stabilité		1000	

Dr. Hamza BENNOUNA  
C.A. diologue  
Rue Abdelmoumen et Rue Abdelmalk  
CASABLANCA  
Tél. 05 22 00 39 39 / 38 38

[illegible][illegible][illegible]

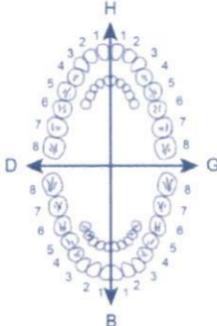
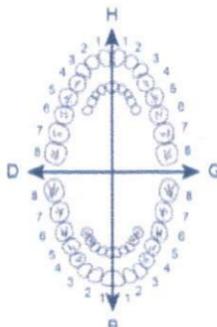
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

Cachet et signature du Particien	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	INP : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 10px; height: 10px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 10px; height: 10px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 10px; height: 10px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 10px; height: 10px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 10px; height: 10px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 10px; height: 10px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 10px; height: 10px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 10px; height: 10px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 10px; height: 10px;"></span>												
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 60%;"> COEFFICIENT DES TRAVAUX   MONTANTS DES SOINS   DEBUT D'EXECUTION   FIN D'EXECUTION </div> <div style="width: 35%;"> <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>   <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>   <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>   <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> </div>												
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<div style="text-align: center; margin-bottom: 5px;">H</div> <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">25533412</td> <td style="padding: 2px 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">D</td> <td style="padding: 2px 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">35533411</td> <td style="padding: 2px 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px 5px;">B</td> </tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 60%;"> COEFFICIENT DES TRAVAUX   MONTANTS DES SOINS   DATE DU DEVIS   DATE DE L'EXECUTION </div> <div style="width: 35%;"> <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>   <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>   <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>   <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> </div>
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

**Important :**


**Impératifs :**  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

<b>D.O.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>		
	<b>H</b> 25533412    21433552 00000000    00000000 <hr style="width: 100%; border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> 00000000    00000000 35533411    11433553 <b>B</b>		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/>
			DATE DU DEVIS <input style="width: 100%;" type="text"/>
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>

(Création, remont, adjonction)

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

		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

**Docteur Hamza BENNOUNA**

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nancy

Spécialistes et Pathologie Cardiaque  
et Vasculaire (Nancy)

Ancien Interne et Attaché des Hôpitaux de Nancy

Diplômé en Echographie et doppler Cardiaque  
et Vasculaire (Nancy)

Capacité d'Aide Médicale Urgente (Nancy)

Capacité de Médecine de Catastrophe (Nancy)

**الدكتور حمزة بنونة**

خريج كلية الطب بنانسي (فرنسا)

اختصاصي في أمراض القلب والشرابين

طبيب سابقا بمستشفيات نانسي

خريج في الفحص الآلي للقلب والشرابين (نانسي)

خريج في طب المستعجلات بنانسي

**ELECTROCARDIOGRAMME**

Nom :

FADIL

Prénom :

Moamed

Date de naissance :

14/10/56

Age :

67 ans

Date d'examen :

22/05/23

Heure :

Motif d'examen :

Bi Cou piégelle

Traitements :

Conclusions :

Régulièrement suivi  
au sein de la  
du Dr. Hamza BENNOUNA

05 22 86 39 39 - الهاتف : الدار البيضاء - ابومروان - الأمانة العامة

Résidence Hicham, Angle Bd Abdelmoumen et Rue Abdou Marouane - CASABLANCA

Téléphone : 05 22 86 39 39 - Urgences : 06 61 16 96 78 38 Fax : 05 22 86 38 38

Spécialiste en pathologie cardio-vasculaire (Nancy).  
Diplôme d'écho-doppler cardio-vasculaire (Nancy).  
Capacité d'aide médicale urgente (Nancy).  
Capacité de médecine de catastrophe (Nancy).

Mle 07739

Cher Ami;

J'ai vu M<sup>o</sup> FADIL Mohamed pour bilan pré-greffe.

L'examen cardiovasculaire objective :

- Un rythme régulier, sans souffle.
- Des pouls périphériques bien perçus sans souffle.
- Une hémodynamique stable à 130/80mmHg, sans traitement.
- Pas de signe fonctionnel.

L'électrocardiogramme objective :

- Un rythme régulier sinusal à 85p/mn, sans trouble du rythme, ni de conduction, ni de la repolarisation.

L'écho-doppler cardiaque objective :

- Un ventricule gauche de taille et de cinétique sans particularité, avec une fraction d'éjection à 65%.
- Hypertrophie du ventricule gauche.
- Pas de valvulopathie significatives.
- Trouble de la relaxation du ventricule gauche.
- Veine cave inférieure et cavités droites non dilatées.

**AU TOTAL :**

- Pas de contre indication d'ordre cardio-vasculaire, sur les données cliniques, électriques et échographiques, à une greffe.

Docteur Hamza BENNOUNA

*Hamza Bennouna*

Dr. Hamza BENNOUNA

Cardiologue

Bd. Abdelmoumen et rue Abdelmalek  
CASABLANCA

Tél. 05 22 86 39 39 / 38 38

# CABINET D'EXPLORATIONS CARDIOVASCULAIRES

Docteur BENNOUNA Hamza

Angle Boulevard Abdelmoumen et rue Abou Marouane Casablanca

Tél : +212 522 86 39 39 / + 212 522 86 38 38

## NOTE D'HONORAIRE

Mk 07739

CONCERNANT

: M. FADIL

NATURE D'EXAMEN

: Echo-doppler cardiaque du 22 MAI 2023

HONORAIRES PERCUS:

Mille dirhams (1000dhs)

Dr. Hamza BENNOUNA  
Cardiologue  
Docteur BENNOUNA Hamza  
3d. Abdelmoumen et rue Abou Marouane  
CASABLANCA  
Tél. 05 22 86 39 39 / 38 38