

# 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

- 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.

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9387 Société : RATP  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : AC350  
 Nom & Prénom : BOUAYAD HABIB  
 Date de naissance :  
 Adresse : HABITAT  
 Tél. : 141530 Total des frais engagés : 1415,30 Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

#### Cadre réservé au Médecin

Dr. Hamza BENNOUNA  
 Cardiologue  
 Bd. Abdelmoumen et Rue Abdelmalek  
 CASABLANCA  
 Tél. 05 22 20 45 45 / 38 38

Date de consultation : 15 MAI 2023  
 Nom et prénom du malade : Zoubida TABI Age : 57  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : HTN  
 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.

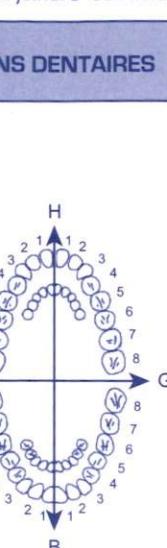
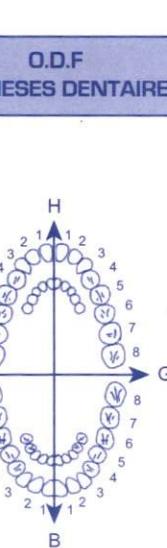
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.  
 Fait à : CASA Le : 02 JUIN 2023  
 Signature de l'adhérent(e) : R. ACE



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
15 MAI 2013	Greffe	—	30000	Dr. Hamza Abdelloumen CASABLANCA 0522303937/3838

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACEUTIQUE Docteur en pharmacie Dr. Abdelmajid Ummen 05 22 36 05 70</i>	15/05/23	1115,32

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																											
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																											
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																											
	<b>Dents Traitées</b> <b>Nature des Soins</b> <b>Coefficient</b>	CŒFFICIENT DES TRAVAUX																									
<b>MONTANTS DES SOINS</b>																											
<b>DEBUT D'EXECUTION</b>																											
<b>FIN D'EXECUTION</b>																											
	<b>OD.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> <b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b>	CŒFFICIENT DES TRAVAUX																									
		<table border="1" data-bbox="1572 926 1822 1080"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2">25533412</td> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411</td> <td colspan="2">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>		H		21433552		25533412		00000000		00000000		00000000		D		00000000		35533411		11433553		B			
		H		21433552																							
		25533412		00000000																							
		00000000		00000000																							
		D		00000000																							
		35533411		11433553																							
		B																									
<b>MONTANTS DES SOINS</b>																											
<b>DATE DU DEVIS</b>																											
<b>DATE DE L'EXECUTION</b>																											

الدكتور حمزة بنونة

خريج كلية الطب بنانسي (فرنسا)

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

طبيب سابق بمستشفيات نانسي

خريج في الفحص الآلي للقلب والشرايين (نانسي)

خريج في طب المستعجلات بنانسي

**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)

## ELECTROCARDIOGRAMME

Nom :

Bouayad

Prénom : Roubia

Date de naissance :

02/08/55

Age : 68 ans

Date d'examen :

18/05/23

Heure :

Motif d'examen :

hcm

Traitements :

Conclusions :

حصص دكتور حمزة بنونة

r. Hamza BENNOUNA

اقامة حمزة بنونة شارع عبد الله بن مروان الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 86.39 39

Résidence Hicham, Angle Bd Abdelmoumen et Rue Ali Abdellah Ben Marouane - CASABLANCA

Téléphone : 05 22 86 39 39 - Urgences : 06 61 169678 - Fax : 05 22 86 38 38

## 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 بناسسي (فرنسا)

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

طبيب سابق بمستشفيات ناسسي

خريج في الفحص الآلي للقلب والشرايين (ناسسي)

خريج في طب المستعجلات بناسسي

15 MAI 2023

Casablanca, le : ..... الدار البيضاء، في :

ص.م.د. حمزة بنونة

١٥٨  
٢٤٤

سيارة معاشر

١٣٣,٦٠  
٢٣

ديون

٨٢,٧٠

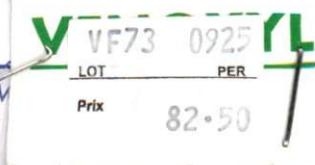
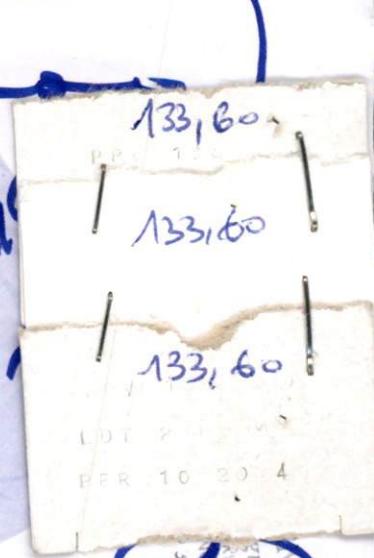
فيونا

١٥ معاشر

١١١٥,٣٠

میریو  
PHARMACIE MERIEUX  
نورالدین IBA  
دكتور في الصيدلية  
311, Bd. Abdeloumen Casablanca  
Tél. : 05 22 86 38 38

05 22 86 38 38 - 05 22 86 39 39 - الدار البيضاء - الهاتف :  
Résidence Hicham, Angle Bd Abdeloumen et Rue Abdelmalek Abou M  
Tél. : 05 22 86 39 39 - 05 22 86 38 38 - Urgences : 06 61 16 96 78 - E-mail :



Lot N° :

Exp :

PPV

158,00

Exp

PPV

158,00

Exp

PPV

158,00

158,00

FC	65
PR	157
QRSD	94
QT	412
QTc	428

--Axe--  
P 50  
QRS -3  
T 9

