

# 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

*Si Agit bien M-L-D*  
**Déclaration de Maladie**

M22- 0036525 *165831*

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *3710* Société : \_\_\_\_\_  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : \_\_\_\_\_  
Nom & Prénom : *BENNOURI MOSTAGA*  
Date de naissance : *30-07-1957*  
Adresse : *02 RUE DU TIGRE RESIDENCE SAMIA SETA*  
*APT N:11 MERS SULTAN CASA*  
Tél. : *0670930205* Total des frais engagés : *# 2478,10 #* Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : *14 JUIN 2023*  
Nom et prénom du malade : *BENNOURI Mostaga* Age : *65*  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : *HTA*  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : \_\_\_\_\_  
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 : *19/06/2023*  
Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_



# 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
14 JUN 2023	GMEV	—	30010v	Dr. Hamza BENNOUJA Dentiste Bd. Abdelmoumen el Rue Abdelmouk Tél. 05 22 66 37 4 / 38 38

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

14/06/23 1178,10.

# 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

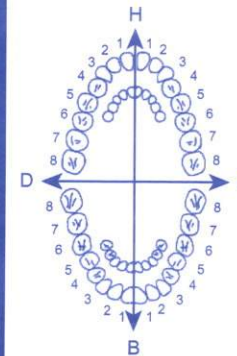
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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
----------------	------------------	-------------



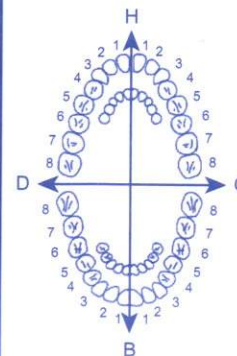
Coefficient DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

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



Coefficient DES TRAVAUX	
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

# 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)

Casablanca, le :

M. Bennouna

IRNEL 3



NET 1

PPV: 79DH70  
PER: 01/25  
LOT: L106

A2 x 5

FRANCO

6 أشهر بعد الفتح  
Bien agiter avant usage.  
Tenir hors de portée des  
Fabricant titulaire de licence  
Reckitt Benckiser Health  
Gaviscon Advance, l'épée  
Utiliser dans les 6 mois  
AMM N° 08R1/2020 DMF  
PPV: 48 DH 40

Dr. Hamza BENNOUNA  
Ca-diologue  
Abdelmoumen et Rue Abdelmalek  
CASABLANCA

05 22 86 38 38 - 05 22 86 39 39 - الهاتف : الدار البيضاء - الدار البيضاء  
Residence Hicham Angle Bd Abdelmoumen et Rue Abdelmalek Abou Marouane - CASABLANCA  
Tél. : 05 22 86 39 39 - 05 22 86 38 38 - Urgences : 06 61 16 96 78 - E-mail : bennounahamza@yahoo.fr



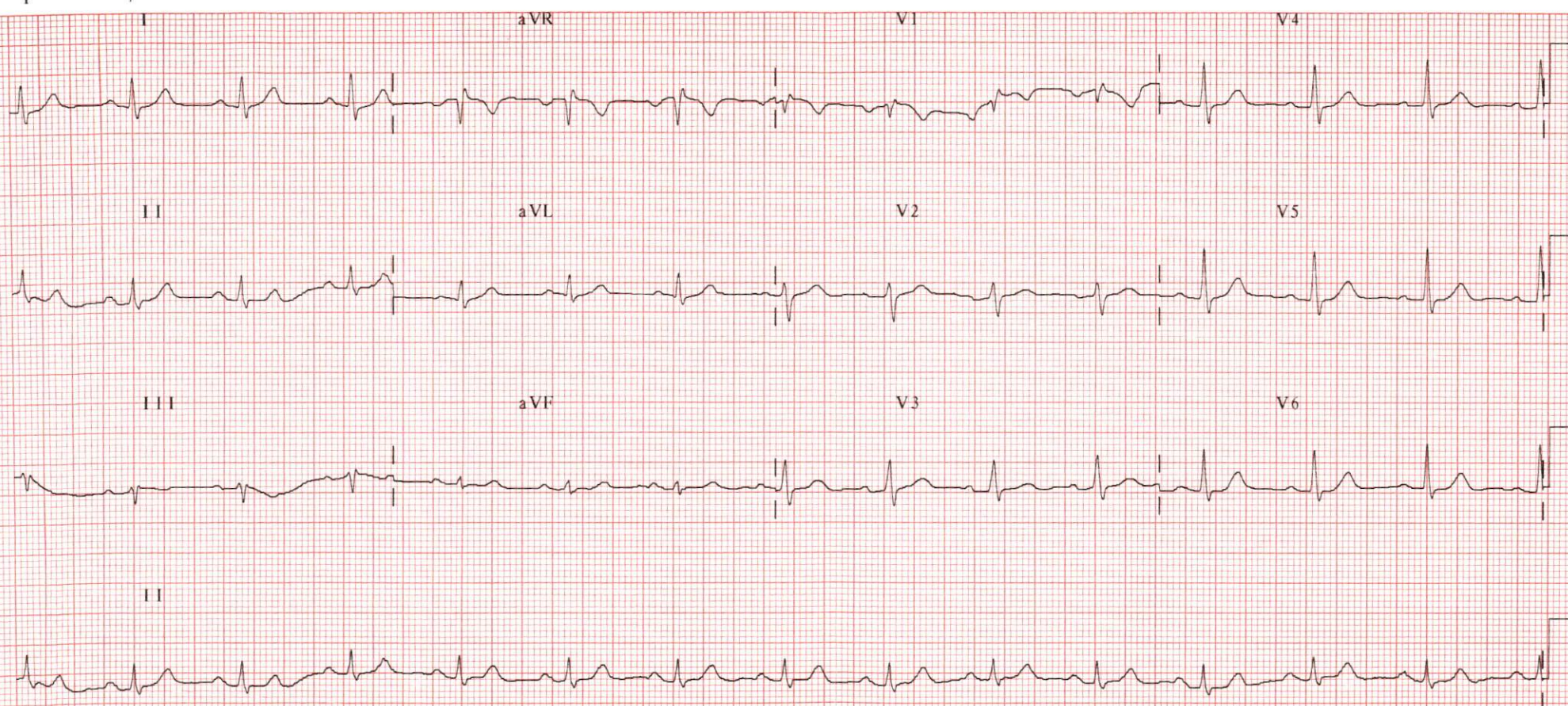
14-Jun-2023 11:39:51

CABINET DE CARDIOLOGIE DR BENNOUNA Hamza

FC 84  
PR 172  
QRSD 82  
QT 334  
QTc 395

--Axe--

P 35  
QRS 19  
T -7





**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 :

DENNOURI

Prénom :

Mostafa

Date de naissance :

30/07/57

Age :

66 ans

Date d'examen :

14 JUN 2023

Heure :

Motif d'examen :

hmr

Traitements :

Conclusions :

Régulièrement  
à la suite de  
la prise de  
la médication

05 22 86 39 39 : الهاتف : الدار البيضاء - المالك المروان - Hamza BENNOUNA  
Résidence Hicham, Angle Bd Abdelmoumen et Rue Abdelmalek Abdelmalek  
CASA BLANCA - CASABLANCA

Téléphone : 05 22 86 39 39 - Urgences : 06 61 16 00 78 - Tél. : 05 22 86 38 38