

# 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

- 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'El-Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

## Déclaration de Maladie

M23-013879

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0279 Société : -  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : -  
 Nom & Prénom : ELORIR PRISSE  
 Date de naissance : 15/06/40  
 Adresse : 4, Rue NASIH EDDINE - CASA  
 Tél. : 0673 908609 Total des frais engagés : 370 + 985,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr Hamza BERRAOUNA  
 Cardologue  
 Bd. Abdelmoumen et Abdelmak  
 CASABLANCA  
 Tél. 05 22 60 39 39 / 38 38  
 Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 25 JUL. 2023  
 Nom et prénom du malade : ELORIR Dini Age: 83  
 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 : 13/09/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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             |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 5 Actes         | GME               | -                     | 3000                            | Dr. Hiba Bennouna<br>Dentiste<br>Casablanca<br>Tél: 06 22 86 59 39 / 38 38 |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur          | Date    | Montant de la Facture |
|---|---------|-----------------------|
| PHARMACIE HIBA<br>Dr. Ahmed Charfy<br>092031392 | 25/2/23 | 975,60                |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

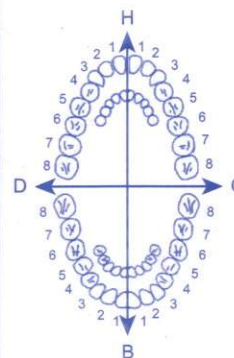
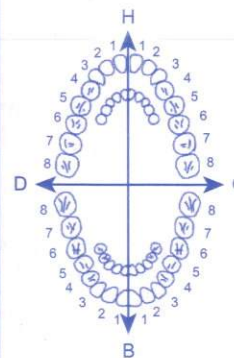
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

Veillez 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 <input type="text"/> |
|   |  |                  |             | Montants des Soins <input type="text"/>      |
|   |  |                  |             | Début d'exécution <input type="text"/>       |
|   |  |                  |             | Fin d'exécution <input type="text"/>         |
|   |  |                  |             |  |
|   |  |                  |             |  |
|   |  |                  |             |  |
|   |  |                  |             |  |
|   |  |                  |             |  |
|   |  |                  |             |  |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE<br>H<br>25533412 21433552<br>00000000 00000000<br>D G<br>00000000 00000000<br>35533411 11433553<br>B |                  |             | Coefficient des Travaux <input type="text"/> |
|  | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                  |             | Montants des Soins <input type="text"/>      |
|   |  |                  |             | Date du Devis <input type="text"/>           |
|   |  |                  |             | Date de l'exécution <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 الأولي للقلب والشرابين (نانسي)

خريج في طب المستعجلات بنانسي

1. **Elofin** **DM**

Casablanca, le : 25 JUL 2023 : الدار البيضاء ، في :

185,20 x 4

+ **Sulam** 10/160/120

58,70 x 4

+ **TENOMIN**

092031392

Dr. Ahmed CHAFFY

PHARMACIE HIBA

+ **DIOMONOL**

092031392

Dr. Ahmed CHAFFY

PHARMACIE HIBA

975,60

**pour 3 mo**

V. Shella ou Vaso

Dr. Hamza BENNOUNA  
Bd. Abdelmoumen, Casablanca

إقامة 50 م. زاوية شارع عبد المومن - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 86 38 38 - 05 22 86 39 39  
Résidence Hicham, Ang. Bd. Abdelmoumen et Rue Abdelmoumen, 2020, Casablanca - 2020, Casablanca - 2020, Casablanca  
Tél. : 05 22 86 39 39 - 05 22 86 38 38 - Urgences : 06 61 16 96 79 - E-mail : hennounahamza@yahoo.fr

185,20

TENORMINE 100MG  
CP PEL SEC 828

TENORMINE 100MG  
CP PEL SEC 828

P.P.V : 58DH70

P.P.V : 58DH70



185,20

TENORMINE 100MG  
CP PEL SEC 828

P.P.V : 58DH70



185,20

TENORMINE 100MG  
CP PEL SEC 828

P.P.V : 58DH70



185,20



**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 والشرايين

طبيب سابقا بمستشفيات نانسي

خريج في الفحص الآلي للقلب والشرايين (نانسي)

خريج في طب المستعجلات بنانسي

**ELECTROCARDIOGRAMME**

Nom : EHOUEL

Prénom : DRISS

Date de naissance : 1940

Age :

Date d'examen : 28 - 07 - 23

Heure :

Motif d'examen : HSA

Traitements : عوارض حادة

Conclusions : عدم انتظام ضربات القلب

إقامة هشام، زاوية شارع عبد المالك أبو مومن - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 86 39 39

Résidence Hicham, Angle Bd Abdelmoumen et Rue Abdelmalek Aboumoumène - CASABLANCA

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



FC 62  
PR 176  
QRSD 144  
QT 436  
QTc 443

--Axe--

P Ind.

QRS -54

T 33

