

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Diagnostique 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.

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° P19- N° 037578

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 228 Société : RAM MUPRAS

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : ZOUI TEN Ahmed

Date de naissance : 01/01/36

Adresse : Rés. NADIA IM 2 Apt 2 Route de JAWA

Tél. : 0522 234423 Total des frais engagés : 1617 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr. Hamza BENNOUNA

Cardiologue

Cachet du médecin :

Bd. Abdelmoumen et Rue Abdelmalk

CASABLANCA

Tél. 05 22 86 39 39 / 38 38

Date de consultation : 22 JUIN 2020

Nom et prénom du malade : ZOUI TEN Ahmed

Age : 84 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : N2N

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 :

Le : 22 / 06 / 20

Signature de l'adhérent(e) :

*(Signature)*

# 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                                  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 22 JUN 2020     | G REC             | ✓                     | 300 DU                          | Dr. HANNA BENNOUNA<br>Bd. Abdelmoumen et Rue Abdelmalek<br>CASABLANCA<br>05 22 86 39 39 / 38 38 |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| PHARMACIE EL RESIDENCE<br>Dr. ZOUIHA Hassan<br>149, Angla Bd de la Résistance<br>et Rue Lhacen Oudilur - Casablanca<br>Tél: 522 44 57 50 | 22/06/2020 | 1317.60               |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

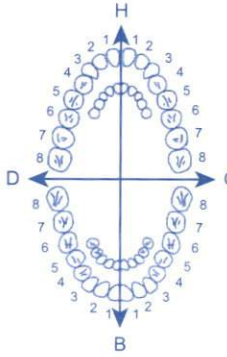
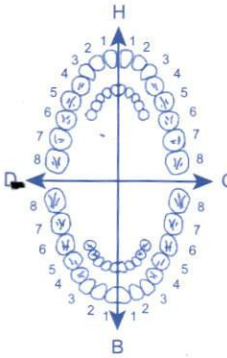
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I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

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient |                         |
|--|--|------------------|-------------|-------------------------|
|   |  |                  |             | Coefficient DES TRAVAUX |
|  |  |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|  |  |                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|  |  |                  |             | FIN D'EXECUTION         |
|  |  |                  |             |                         |
|  |  |                  |             |                         |
|  |  |                  |             |                         |
|  |  |                  |             |                         |
|  |  |                  |             |                         |
|  |  |                  |             |                         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE<br>H<br>25533412 21433552<br>00000000 00000000<br>D 00000000 G<br>35533411 11433553<br>B<br>(Création, remont, adjonction)<br>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

Tél. : 05 22 86 39 39 - 05 22 86 38 38 - Urgences : 06 61 16 96 78 - E-mail : bennounahamza@yahoo.fr

# الدكتور حمزة بنونة

خريج كلية الطب بنانسي (فرنسا)

اختصاصي في أمراض القلب والشرابين

طبيب سابقا بمستشفيات نانسي

خريج في الفحص الألي للقلب والشرابين (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 :

أحمد

Prénom :

أحمد

Date de naissance :

1936

Age :

84

Date d'examen :

22 JUIN 2020

Heure :

Motif d'examen :

HTA

Traitements :

Conclusions :

Normal

Dr Hamza BENNOUNA  
Cardiologue  
Casablanca  
Bd Abdelmoumen et Rue Abdemalek Abou Marouane - CASABLANCA  
Tél: 05 22 86 39 39 - 06 61 16 96 78

أقامة هشام، زاوية شارع عبد المومن، واحة عبد المالك ابومروان - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 86 39 39

Résidence Hicham, Angle Bd Abdelmoumen et Rue Abdemalek Abou Marouane - CASABLANCA

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

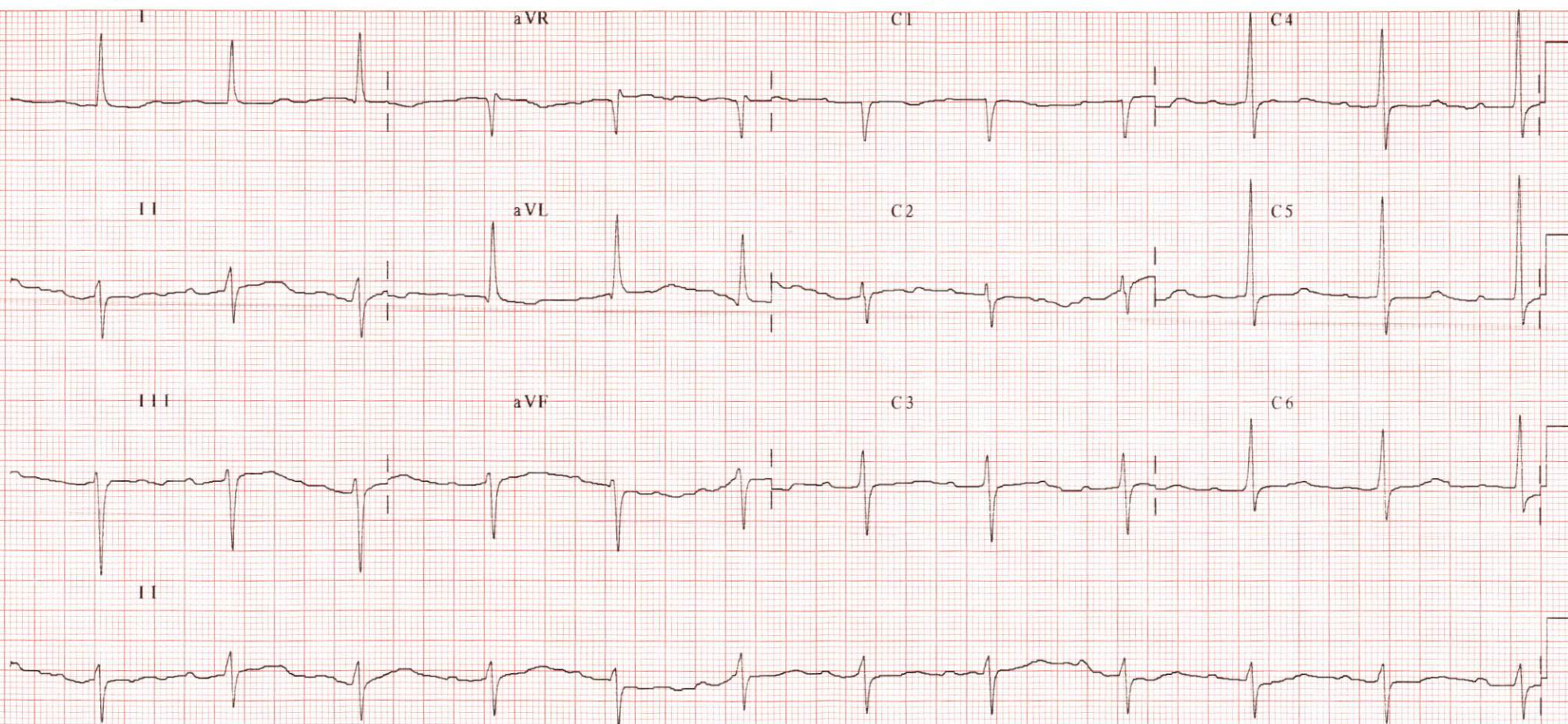
22-Jun-2020 09:15:04

CABINET CARDIOLOGIE DR BENNOUNA Hamza

Rate 70  
PR 254  
QRSD 88  
QT 444  
QTc 479

--Axis--

P 263  
QRS -39  
T 67



25 mm/s 10 mm/mV

F ~ 0.5 Hz - 40 Hz W

HP709 18193

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Aprovel 300 mg, cp b 28  
P.P.V : 218,00 DH  
6 118001 080908

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Aprovel 300 mg, cp b 28  
P.P.V : 218,00 DH  
6 118001 080908

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Aprovel 300 mg, cp b 28  
P.P.V : 218,00 DH  
6 118001 080908

LOT : 19E010  
PER.: 10 2023  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V : 34DH60  
6 118000 060468

LOT : 19E010  
PER.: 10 2023  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V : 34DH60  
6 118000 060468

LOT : 19E010  
PER.: 10 2023  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V : 34DH60  
6 118000 060468

LOT : 20E009  
PER.: 07 2021  
KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70  
6 118000 061847

LOT : 20E009  
PER.: 17 2021  
KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70  
6 118000 061847

LOT : 20E008  
PER.: 06 2021  
KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70  
6 118000 061847

LOT : 200146  
EXP : 01 2023  
PPV : 60,00

Médiveine® 600 mg  
30 comprimés sécables  
6 118000 021049

LOT : 200146  
EXP : 01 2023  
PPV : 60,00

Médiveine® 600 mg  
30 comprimés sécables  
6 118000 021049

LOT : 200146  
EXP : 01 2023  
PPV : 60,00

LOT : 200146  
EXP : 01 2023  
PPV : 60,00

CORDARONE 200MG  
CP SEC 640

6 118000 042006

PPV : 43DH00  
PER : 02-22  
LOT : J490

ANGLOR 5 mg  
Amlodipine  
30 comprimés  
6 118000 042006

PPV : 43DH00  
PER : 02-22  
LOT : J490

ANGLOR 5 mg  
Amlodipine  
30 comprimés  
6 118000 042006

PPV : 43DH00  
PER : 02-22  
LOT : J490

ANGLOR 5 mg  
Amlodipine  
30 comprimés

Gélule  
Voie orale

Kalmar

meil  
LOT : 200147  
DLUO : 03/2023  
69,00 DH

### COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Valeriana officinalis L ( extrait sec).....100 mg  
Crataegus oxyacantha L (extrait sec).....100 mg  
Passiflora incarnata L (extrait sec).....100 mg  
Lavanda angustifolia (extrait sec).....50 mg  
Excipients : stéarate de magnésium, maltodextrine, dioxyde de silicium.

### FORME ET PRESENTATIONS

Gélule  
Boîte de 15 / Boîte de 30

### PROPRIETES

Kalmar contient des actifs d'origine végétale ayant prouvé leur efficacité dans les états d'agitation, stress, nervosité et insomnies.

### VOIE D'ADMINISTRATION ET UTILISATIONS

Voie orale

Prendre 2 gélules trois fois par jour à avaler avec un grand verre d'eau en complément d'une alimentation variée et équilibrée  
Ne pas dépasser la dose recommandée.

### PRECAUTIONS D'EMPLOI

Afin d'éviter d'éventuelles interactions nocives entre plusieurs substances, signaler à votre médecin ou à votre pharmacien tout traitement en cours.  
Ne pas utiliser chez l'enfant moins de 12 ans.

### GROSSESSE ET ALLAITEMENT

D'une façon générale, il convient au cours de la grossesse et de l'allaitement de toujours demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien avant d'utiliser un produit.

### A CONSERVER DANS UN ENDROIT SEC ET FRAIS. GARDER HORS DE PORTÉE DES ENFANTS

Autorisation ministère de la santé n° : DA20181805318DMP/20UCAV1

Deva  
Pharmaceutique  
146-147 Zone Industrielle Tri Melli, Casablanca