

# 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, parodontologie 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.

## Biologie 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.

## Prothèse :

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

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.

**RAS :** 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° P19-0030684

S'AGIT BIEN → M.L.D

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03710 Société : 41410

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DENNDURI MOSTAFA

Date de naissance : 30 JUL 1957

Adresse : 02 RUE DU TIGRE RESIDENCE SAMIA 5<sup>ème</sup> ETAGE

APPT N° 11 MERS SULTAN CASA

Tél. : 06 70 930205 Total des frais engagés : # 1053,70 # Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Hamza BENNOUNA

Cardiologue 3d. Abdelmoumen Rue Abdelmoumen CASABLANCA

Tél. 05 22 86 39 39 / 38 38

Date de consultation : 01 SEP. 2020

Nom et prénom du malade : DENNDURI Age : 1957

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

Nature de la maladie : HTA

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 : 01 / 09 / 2020

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
01 SEP 2020	GIEV	1	3000M	Dr. PENNOUNA Dentiste 05 22 66 39 39 / 38 38

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Remetteur

Date

Montant de la Facture

01/09/20

753,70

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# 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

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																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	Coefficient DES TRAVAUX
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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 :

01 SEP. 2020

P. DENNOUZI

54.00 x 6

RAMIPRIL 5mg

AS 1

NEBILET 5

AS

77.70

24 AZIX 500

AS

79.70

PPV: 79DH70  
PER: 12/22  
LOT: I2771

753.70

سنة

بين

(ناتسي)

ي

54,00

54,00

54,00

54,00

54,00

54,00

\* VIGNETTE

NEBILET® 5mg  
28 comprimés  
Pharmaceutical Institute  
R.S. 203 OUM AZZA Région Rabat  
PPV : 87 DH 50

\* VIGNETTE

NEBILET® 5mg  
28 comprimés  
Pharmaceutical Institute  
R.S. 203 OUM AZZA Région Rabat  
PPV : 87 DH 50

\* VIGNETTE

NEBILET® 5mg  
28 comprimés  
Pharmaceutical Institute  
R.S. 203 OUM AZZA Région Rabat  
PPV : 87 DH 50

\* VIGNETTE

NEBILET® 5mg  
28 comprimés  
Pharmaceutical Institute  
R.S. 203 OUM AZZA Région Rabat  
PPV : 87 DH 50

## Docteur Hamza BENNOUNA

Diplôme de La Faculté de Médecine de Nancy

Spécialistes et Pathologie Cardiaque  
et Vasculaire (Nancy)

Ancien Interne et Attaché des Hôpitaux de Nancy

Diplôme 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 والشرائين

طبيب سابقاً بمستشفيات نانسي

خريج في الفحص الالى للقلب والشرائين (نانسي)

خريج في طب المستعجلات بنانسي

## ELECTROCARDIOGRAMME

Nom : BENNOURI

Prénom : MOSTAFA

Date de naissance : 1957

Age :

Date d'examen : 01 - 09. 20

Heure :

Motif d'examen :

Traitements :

Conclusions :

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

Residence Hicham, Angle Bd Abdelmoumen et Rue Abdelmalek Abou Marouane - CASABLANCA

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





**MUPRAS**

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

☒ valable 3 mois

Le 01 SEP. 2020

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

H. BENNOUNA

Certifie que Mlle, Mme, M. :

BENNOUNI

Présente

une HTA

Nécessitant un traitement d'une durée de :

3 ans

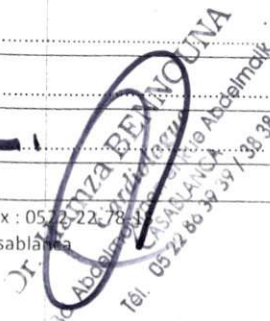
1 NEBILUT 5  
1 RAMIPRIL 5

1 - 1

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

NEBILUT + RAMIPRIL



site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto:reclamation@mupras.com) // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-16

Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Tél. 0522 86 59 59 / 38 38

01-Sep-2020 10:35:13

CABINET DE CARDIOLOGIE DR BENNOUNA Hamza

FC 80  
PR 177  
QRSD 85  
QT 335  
QTc 386

--Axe--

P 38  
QRS 40  
T 27

