

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.

Déclaration de Maladie

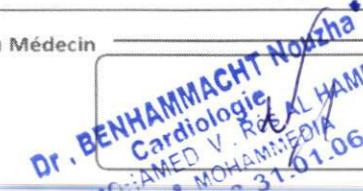
N° W21-690156

115082



<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 01728	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : GHOUALANI Nohammeed			
Date de naissance : 01/01/1950			
Adresse : Res. NASSIM G+3 Port AÏT YOUSSEF Mohammed V			
Tél. : 06 78 022 492	Total des frais engagés : Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 Dr. BENHAMMACHT Nouzha Cardiologie Bd MOHAMED V. Rte AL HAMOUD 05.23.31.01.06			
Date de consultation : 12/05/2022			
Nom et prénom du malade : GHOUALANI Nohammeed			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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			
Signature de l'adhérent(e) :			



13 MAI 2022

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
12/05/22	(+ECG Bacto D1)			INP : 691029885
				Dr. BENHAMMACH NOUZHA Bd MOHAMED V, Béz AL HAMO Appt 8, MOHAMMEDIA Tel: 05 23 3 101 06

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
BEN EL GACRY Boutique en Pharmacie	12-05-22	892,20
Elle K. Internat Al MASSIM GH9 Imm Rue El Massim 20000-Tel: 05 23 3 101 06		

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

		EFFICIENT DES TRAVAUX
		MONTANTS DES SOINS
		DEBUT D'EXECUTION
		FIN D'EXECUTION
		Coefficient DES TRAVAUX
		MONTANTS DES SOINS
		DATE DU DEVIS
		DATE DE L'EXECUTION
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 D 00000000 00000000 35533411 11433553	G 00000000 00000000 B
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	

Dr. BENHAMMACHT Nouzha

CARDIOLOGUE

Spécialiste des Maladies du Coeur
et des Vaisseaux

Exploration Cardio-Vasculaire

Hypertension Artérielle

Adulte - Enfant - Nourrisson



الدكتورة بنهماشت نزهة

اختصاصية في أمراض القلب

والشرايين

ارتفاع الضغط الدموي

الكبار - الأطفال - الرضع

Mohammedia, le :

12 / 05 / 22

Chouani. n° HANNED
III (03 mois) - 1 NI KAL Suf
Allesari
Co Veprou 2000 112,5
BEN EL BASRY 1,-
Tenofer 100 1,-
1hp 1,-
Kortezin 160 1,-
15 1,-
Dramine 600 1,-
p 1,-
T. 892,20

PHARMACIE
NASSIM
BEN EL BASRY
Docteur en Pharmacie
Bd La Résistance Lot 1 NASSIM GH9 Imm 1
Mohammedia 20000-Tél. 05 23 32 03 44

Dr. BENHAMMACHT Nouzha.
Cardiologie
Bd MOHAMED V, Rés AL HAMD
Appt 8 MOHAMMEDIA
Tél : 05 23 31 01 06

شارع محمد الخامس، إقامة الحمد، الطابق الثاني (المصعد) فوق البنك BMCE شقة 8 الحمديّة

Bd MohammedV, Résidence Al Hamd, Etage 2 (Ascenseur) au dessus de la banque BMCE

Appt 8 Mohammedia - Fix : 05 23 31 01 06 - Urgences : 06 48 20 31 00

158.00

158,00

158,00

LO :21E03
PER.:05 2023

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70

P.P.V : 35DH70



6 118001 081189

LOT : 210740
EXP : 04/2024
PPV : 43,00DH

LOT : 210740
EXP : 04/2024
PPV : 43,00DH

LOT : 21E012
PER.: 05/2023

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V :35DH70



6 118001 081189

LOT : 21E012
PER.: 05 2023

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.D.U.-2EDH70



6 118001 081189

TENORMINE 100MG
CP PEL SEC B28
P.P.V :58DH70

6 118000 011590

LOT : 210740
EXP : 04/202
PPV : 43,000

70

Dr BENHAMMACHT Nouzha

Nom : GHOULAMI MOHAMMED 2302

Sex : Case No. :

Age : Lit. No. :

Clinique N : Date : 12/05/2022

Section :

Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	--
Temps d'écha	11s	QT Interval:	--
FC:	--	QTc Interval:	--
P Interval:	--	P Axis:	
QRS Interval:	--	QRS Axis:	
T Interval:	--	T Axis:	

Prompt:

Dr. BENHAMMACHT Nouzha
Bd MOHAMED V. Res AL HAMD
APPT MOHAMMEDIA
Tel: 05.23.31.01.06

ECG

Signature Medecin :



AC IIR 50Hz/DFT/EMG

25mm/s 10mm/mV 00:00



مصرف المغاربة

ACHAT))))

12/05/22

11:55:49

9900194771

91947701

PHARMACIE NASSIM

Mohamedia

A0000000041010

*****3052

Mastercard

CARTE LOCALE

220-0-9999-1-55

MONTANT :

268,00 MAD

Num Autorisation

: 860936

STAN

: 005482

TICKET CLIENT