

# 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 :

- Une attestation 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

Matricule : 8134 Société : R.A.M.

Nom & Prénom : ARISS HICHAM

Date de naissance : 03/02/69

Adresse : RAS BENZI, 11 RUE LA VOISIERE APP 1 RTG 3

QU. HOPITAUX CASA

Tél. : 06 64 72 47 01 Total des frais engagés : 911,70 Dhs

Cachet du médecin :



30 MARS 2022

ARISS HICHAM 1969

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : 23/06/22

Signature de l'adhérent(e) :



## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dr. HAMDI MOUNA  
et et signature du Médecin  
tandis le Patientement des Actes

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|
| 0 MARS 2022     | Greffier          | -                     | 300 DOLL                        |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| Mme. LAMRANI RABIA<br>61, Avenue 2 Mars - CSA<br>Tél : 05 22 81 17 67 | 30-03-22 | 611,70                |

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |

## **RELEVE 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 canalaire, 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"/>      |
|                              |                |   |             | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |
|                              |                |   |             | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES |                | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |             |  |
|                              |                | H<br>25533412   21433552<br>00000000   00000000<br>D ————— 00000000   00000000<br>00000000   35533411<br>B 11433553 |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                              |                | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                            |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |
| D                            |                |   |             | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |
|                              |                |   |             | DATE DE L'EXECUTION <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 والشرايين

طبيب سابقاً بمستشفيات نانسي

خريج في الفحص الآلي للقلب والشرايين (نانسي)

خريج في طب المستعجلات بنانسي

30 MARS 2022

Casablanca, le : ..... الدار البيضاء ، في :

1. ١٢٥ Hichoune

3X 153,00

د. CORNEILLE / ١٦٢

٢٢

2X 47,50

+ لوكس ٥

٢٢

٥٧,٧٠

+ AUDIOTRONIC ٥٠

١/٢ - - - -

3 MM

611,70

صيدلية الباهر  
PHARMACIE DU JASMIN  
Rue Abde... CASABLANCA

Dr. Hamza BENNOUNA  
Cardiologue  
Bd. Abdelmoumen et Rue Abdelmalek  
CASABLANCA  
Tél. 05 22 86 38 39 - 05 22 86 39 39

إقامة هشام ، وية شارع عبد الصومن وزنقة عبد المالك أبو مهروان - الدار البيضاء - الهاتف 05 22 86 38 39 - 05 22 86 39 39 - Résidence Hichoune Angle Bd. Abdelmoumen et Rue Abdelmalek Abou Maouadie - CASABLANCA Tél. : 05 22 86 39 39 - 05 22 86 38 38 - Urgences : 06 61 16 96 78 - E-mail : benounahamza@yahoo.fr

**ALDACTONE 50<sup>o</sup> mg**

spironolactone

P.P.V: 57DH70



**LORCARD<sup>o</sup> 5 mg 28 comprimés**

PPV 47DH50

EXP 06/2023

LOT 13052 1

**LORCARD<sup>o</sup> 5 mg 28 comprimés**

PPV 47DH50

EXP 06/2023

LOT 13052 1

501223b

Lot N°

Exp

PPV

501223b

153,00

Lot N°

Exp

PPV

501223b

153,00

Lot N°

Exp

PPV

# الدكتور حمزة بنونة

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)

خريج كلية الطب بنانسي (فرنسا)

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

طبيب سابق بمستشفيات نانسي

خريج في الفحص الآلي للقلب والشرايين (نانسي)

خريج في طب المستعجلات بنانسي

## ELECTROCARDIOGRAMME

Nom : Arib

Prénom : Hicham

Date de naissance : 03.02.69 Age :

Date d'examen : 30-03-12 Heure :

Motif d'examen : hns

Traitements :

Conclusions :

Dr. Hamza BENNOUNA  
Bd. Abdelmalek Abou Marouane - CASABLANCA  
Tél. 05 22 86 39 39 - 05 22 86 38 38

اقامة هشام بنونة سارع عبد الصمد وبنوة عبد المالك ابورمان  
Résidence Hicham, Angle Bd Abdelmalek et Rue Abdelmalek Abou Marouane - CASABLANCA

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

30-Mar-2022 20:00:01

CABINE

I

II

25 mm/s  
10 mm/mV

III F ~ 0,5 Hz - 40 Hz W

aVR

aVL

aVF

V1

V2

V3

V4

V5

V6