

# 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

- Reclamation : 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- 060550

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01728 Société : 125692

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom GHOUAMI Mohammed

Date de naissance : 01/01/1950

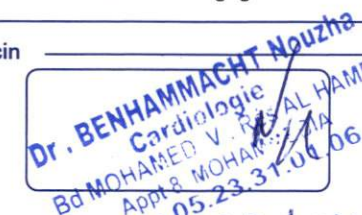
Adresse : Lt NASSIM GH3 P07 MT14

Delhammedia

Tél. : 0678022492 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/08/2022

Nom et prénom du malade : GHOUAMI Mohammed Age :

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 : Le : 09/08/2022

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
09/08/22	C2 + E16		300 DM	Dr. BENHAMMACHT Noureddine Cardiologie Bd MOHAMED V, Rés AL HAMO App. 8, MOHAMMEDIA Tél: 05.23.31.01.06

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
NASSIM Docteur en Pharmacie Bd. La Résistance Lot NASSIM 619 Im 11 Magasin 2 Mohammedia 20800-Tél: 05 23 32 00 44	09-08-22	874,00

## 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 canaux, 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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			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

**Dr. BENHAMMACHT Nouzha**

**CARDIOLOGUE**

Spécialiste des Maladies du Cœur  
et des Vaisseaux

Exploration Cardio-Vasculaire

Hypertension Artérielle

Adulte - Enfant - Nourrisson



**الدكتورة بنهماشت نزهة**

إختصاصية في أمراض القلب

والشرايين

ارتفاع الضغط الدموي

الكبار - الأطفال - الرضع

Mohammedia, le : 09/08/2022

111/103mm

G HOU LANI. ROITANNE?

158.00x3 Co-Vegre 300/125

43.00x3

35.70x3

58.70x3  
Bd MOHAMMED V Résidence Al Hamd  
Appt 8 Mohammedia  
Cardiologie  
Dr. BENHAMMACHT Nouzha

NASSIM Docteur en Pharmacie  
Bd. La Résistance Lot NASSIM GH9 Immeuble  
Magasin 2 Mohammedia 20800-Tel : 05 23 32 00 44

Koulougi 160

Tenue 100

Zylori 100 / lesun  
1/245  
1p 5

46.20

T. 874.20

شارع محمد الخامس، إقامة الحمد، الطابق الأول (المصعد) فوق البنك BMCE شقة 8 المحمدية

Bd Mohammed V, 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

LOT 221171  
EXP 04 2026  
PPV 46.70 DH

LOT : 22E002  
PER : 07 2023  
KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70



LOT : 22E002  
PER : 07 2023  
KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70



LOT : 22E001  
PER : 07 2023  
KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70



LOT : 21E005V  
PER : 11 2024  
TENORMINE 100MG  
CP PEL SEC B28  
P.P.V : 58DH70



LOT : 21E004V  
PER : 09 2024  
TENORMINE 100MG  
CP PEL SEC B28  
P.P.V : 58DH70



LOT : 211892  
EXP : 11/2024  
PPV : 43,00 DH

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

LOT : 211892  
EXP : 11/2024  
PPV : 43,00 DH

Dr BENHAMMACHT, Nouzha

Nom : ghoulami mohamed 0002732

Sex : Case No. :

Age : Lit No. :

Clinique N : Date : 09/08/2022

Section :

Fréquence: 1000Hz

Temps d'écha 11s

FC: --

P Interval: --

QRS Interval: --

T Interval: --

PR Interval: --

QT Interval: --

QTc Interval: --

P Axis:

QRS Axis:

T Axis:

Prompt:

Dr. BENHAMMACHT Nouzha  
Cardiologue  
Appt 8 MOHAMMED V, ROS AL HAMD  
Tél : 05.23.31.01.06

ECG

Signature Medecin :



AC IIR 50Hz/DFT/EMG

25mm/s 10mm/mV 00:00