

# 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0018506

145369

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10503 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AGOUTI DRISS

Date de naissance : 26/04/1963

Adresse : Habituelle

Tél : 0522499277 Total des frais engagés : 650 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : EL AOUNY FATIMA Age :

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 : CASABLANCA Le : 16/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



# 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
16-01-23	Epreuve d'effort	1	650 DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

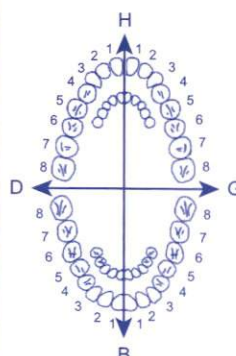
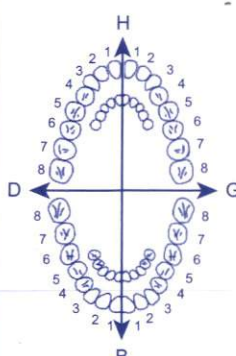
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaires, 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																
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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. Mohamed Ali BENNANI**  
**Cardiologue**

Spécialiste des maladies  
du cœur, des vaisseaux  
et de l'hypertension artérielle  
Echocardiographie doppler - Holter  
tensionnel - Holter rythmique  
Epreuve d'effort  
Traitement des varices  
Sur Rendez-vous



مركز فحوصات القلب والشرابيين  
CENTRE D'EXPLORATIONS  
CARDIOVASCULAIRES

**الدكتور محمد علي بناني**

إختصاصي في أمراض القلب والشرابيين  
وارتفاع الضغط الدموي

التشخيص بالأمواج فوق الصوتية والدوبلر  
تسجيل مستمر لضغط الدم لمدة 24 ساعة  
تخطيط مستمر لتخطيط القلب لمدة 24 ساعة  
تخطيط القلب عند المجهود  
علاج الدوالي (العروق المنتفخة بالساق)  
بالموعد

Casablanca, le : ..... : الدار البيضاء، في : 29/12/2022  
**Mme EL AOUNY FATIMA**

Nom : .....

**Ordonnance**

- EPREUVE D'EFFORT

RC: ANGOR D'EFFORT

Docteur Mohamed Ali BENNANI

**Dr Mohamed Ali BENNANI**  
Spécialiste des Maladies du Cœur  
Vaisseaux et de l'hypertension artérielle  
1, Rue 4 Ahd El Jadid, et Bd. Reda Guedira  
1er Étage - Tél/Fax.: 0522 59 59 00 - Casa

Traitement à ne pas arrêter jusqu'au prochain rendez-vous le :

عدم توقف الوصفة حتى الموعد المقبل في :

1, زنقة 4 العهد الجديد وشارع رضى اكديرة (النيل سابقا) - الطابق الأول (قرب حمام الفن) - ابن امسيك - الدار البيضاء  
1, Rue 4 Ahd El Jadid et Bd. Reda Guedira (Ex. Nil) - 1 Etage - (à Côté de Hammam El Fane) - Ben M'sik - Casablanca  
Tél./Fax : 0522 59 59 00 - GSM : 0636 36 61 36 - E-mail : bennanimedali@yahoo.fr



**Dr. Mohamed Ali BENNANI**  
**Cardiologue**

Spécialiste des maladies  
du cœur, des vaisseaux  
et de l'hypertension artérielle  
Echocardiographie doppler - Holter  
tensionnel - Holter rythmique  
Epreuve d'effort  
Traitement des varices  
Sur Rendez-vous



مركز فحوصات القلب والشراب  
CENTRE D'EXPLORATIONS  
CARDIOVASCULAIRES

**الدكتور محمد علي بناني**

**إختصاصي في أمراض القلب والشراب**

**وارتفاع الضغط الدموي**

التشخيص بالأصوات فوق الصوتية والدوبلر

تسجيل مستمر لضغط الدم لمدة 24 ساعة

تسجيل مستمر لتخطيط القلب لمدة 24 ساعة

تخطيط القلب عند المجهود

علاج الدوالي (العروق المنتفخة بالساق)

بالموعد

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

Nom : .....

Root : 01/2022

Nom - V.L. OUN J.

Prénoms - Fatima

A. de F. prénoms syllab

Prof. 680911

Traitement à ne pas arrêter jusqu'au prochain rendez-vous le :

عدم توقف الوصفة حتى الموعد التالي في :

1، زنقة 4 العهد الجديد وشارع رضى اكديرة (النيل سابقا) - الطابق الأول (قرب حمام الفن) - ابن امسيك - الدار البيضاء

1, Rue 4 Ahd El Jadid et Bd. Reda Guedira (Ex. Nil) - 1 Etage - (à Côté de Hammam El Fane) - Ben M'sik - Casablanca

Tél./Fax : 0522 59 59 00 - GSM : 0636 36 61 36 - E-mail : bennanimedali@yahoo.fr



المستشفى الخاص الدولي للدار البيضاء  
HÔPITAL PRIVÉ INTERNATIONAL DE CASABLANCA

HPIC

## FACTURE

N° : 23000999 Du : 16/01/2023

Patient : FATIMA EL AOUNY

Prise en charge : PAYANT

Admission : 16/01/2023

N° Dossier : 23001034

Sortie : 16/01/2023

Désignations des prestations	Nombre	Lettre clé	Prix unitaire	Prix total
CONSULTATION	1		650.00	650.00
			Sous-Total	650.00
			Total clinique	650.00
Arrêtée la présente ticke modérateur à la somme de :			Total brut :	650.00
Six cent cinquante dirhams			Remise :	0.00
			Total net :	650.00

Service Consultation Cardiologie  
Tél: 05 22 05 40 40 / 05 22 05 40 41  
Hôpital Privé International de  
Casablanca

ID: AB213617	2ème ID:	ID Admission:
--------------	----------	---------------

DDN: 01/01/1972	Taille:	Adresse:	Ville:	Etat:
Age: 51 Ans	Poids:	Code Postal	Pays:	Courriel:
Sexe: Femme	Ethnie: Inconnu	Téléphone:	Tél. prof.:	Tél. Mobile:

Angor: Inconnu	Passé IM: Inconnu	Indications	Médications
Cathé G.: Inconnu	Cathé: Inconnu		
Diabète: Inconnu	Fumeur: Inconnu		
Passé Familial: Inconnu			

Médecin traitant: DR BENNANI MED ALI	Site:	Type de Procédur
--------------------------------------	-------	------------------

Signé par:	FMT: 144 bpm (85%)	Cause de fin:
Opérateur:	Max HR(%MPHR): 146 bpm (86%)	Symptôme:

Diagnostic	Notes
------------	-------

Conclusions
- Épreuve d'effort négative clinique et électriquement
- HTA d'effort

Revu par:

Signé par:

Date: 16/01/2023