

# 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

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

M22- 0040772

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)  
**6042**

Matricule :

Société :

**RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**BENABDERRAZIK KA RIMA**

Date de naissance :

**29-11-60**

Adresse :

Tél. : **0661.100.848**

Total des frais engagés : **662,40**

Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr. Hamza BENNOUNA**  
Cardiologue  
Bd. Abdelmoumen et Rue Abdelmalek  
CASABLANCA  
Tél. 05 22 00 59 59 / 38 38

Cachet du médecin :

Date de consultation : **20 MAI 2023**

Nom et prénom du malade :

**1- BENABDERRAZIK KA RIMA**

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :

**KA**



En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

**07 JUIN 2023**

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 : **Case**

Le : **06/06/2023**

Signature de l'adhérent(e) :

**AK**

# RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

|                 |                  |                       |                                 |  |
|-----------------|------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| Dates des Actes | Nature des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant l'exécution des Actes                             |
| 20 MAI / 2023   | GHTV             | -                     | 300 DM                          | Dr. Hamza BEN ALI<br>Cadiache<br>ad. Abdelmoumen CASABLANCA<br>Tél. 06 22 00 39 39 / 38 38 |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur            | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMACIE HIBA<br>Dr. Ahmed CHAFRY<br>03 22 13 92 | 30/05/23 | 362,40                |

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

| 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | 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 |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|                 |                |                  |             | 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**

H 25533412 21433552  
D 00000000 00000000  
B 00000000 00000000  
G 35533411 11433553

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

[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

## 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 سابق بمستشفيات نانسي

خريج في الفحص الآلي للقلب والشرايين (نانسي)

خريج في طب المستعجلات بنانسي

30 MAI 2023

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

Mr. BENNOUAN HAMZA

Hamza

120,80 X 3

IRBESARTAN 150

PPV : 120DH80

IRBESAR® SUN 150 mg  
Boîte de 28  
comprimés pelliculés  
Voie orale

118000 380573



pm 3am

362,40

Dr. Hamza BENNOUNA  
Cardiologue  
3d Abdelmoumen et Rue Abdelmalek  
Tél. 05 22 86 39 39 / 38 38  
CASABLANCA

PHARMACIE HIBA  
Dr. Ahmed CHATRY  
092031392

بند الموسمن وزنقة عبد المالك أبو مروان - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 86 38 38 - 05 22 86 39 39  
Résidence Hicham, Angle Bd Abdelmoumen et Rue Abdelmalek Abou Maro  
Tél. : 05 22 86 39 39 - 05 22 86 38 38 - Urgences : 06 61 16 96 78 - E-mail : beni

PPV : 120DH80

IRBESAR® SUN 150 mg  
Boîte de 28  
comprimés pelliculés  
Voie orale

118000 380573

PPV : 120DH80

IRBESAR® SUN 150 mg  
Boîte de 28  
comprimés pelliculés  
Voie orale

118000 380573