

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.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-812149

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4622 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : HAKITI BOUCHAIB
 Date de naissance : 06/01/52 69498
 Adresse : LOT 12, LABISSA, BOUSOUA
 Tél. : 0655852234 Total des frais engagés : 1560 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

Age :

☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiqué des 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 : 26/07/22

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
Veuillez 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"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Montant des soins <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Début d'exécution <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Fin d'exécution <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. Prothèses dentaires | Détermination du coefficient masticatoire | | | Coefficient des travaux <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | H | | G | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | | | | Montant des soins <input type="text"/> |
| | H | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession | | | Date du devis <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Fin d'exécution <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | |
|---|----------------|------------------------|------------------------------|-----------------|
| VOLET ADHERENT | | | NOM: <u>HAMRITI BOUCHAIB</u> | Mle <u>4622</u> |
| DECLARATION N° <u>P 14/0019515</u> | | | | |
| Date de Dépôt | Montant engagé | Nbre de pièces Jointes | | |
| <u>26/07/23</u> | <u>1560,00</u> | <u>04</u> | | |
| Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle | | | | |



P 14 /

19515

DATE DE DEPOT

26 / 07 / 2023

| | | | | |
|---|----|--|---------------------------------|--|
| A REMPLIR PAR L'ADHERENT | | | Mle | |
| Nom & Prénom: <u>Hamriti Bouchaib</u> | | | | |
| Fonction: <u>EDS retraite</u> | | | Phones: <u>0655852234</u> | |
| Mail: <u>bhamriti@gmail.com</u> | | | | |
| MEDECIN | | Prénom du patient: <u>HAMRITI Bouchaib</u> | | |
| Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> | | Age: <u>71 ans</u> | Date: <u>17/06/2023</u> | |
| Nature de la maladie: | | Date 1ère visite: | | |
| <u>Lipolyse + embolisme pulmonaire</u> | | | | |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances | | | | |
| Nature des actes | | Nbre de Coefficient | Montant détaillé des honoraires | |
| <u>Echodoppler cardiaque</u> | | <u>1</u> | <u>1000,00 DH</u> | |
| PHARMACIE | | Date: <u>17/06/2023</u> | | |
| Montant de la facture | | | | |
| <u>560.00</u> | | | | |
| | | | | |
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | Date: | |
| Désignation des Coefficients | | Montant détaillé des Honoraires | | |
| | | | | |
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | Date: | |
| Nombre | | | Montant détaillé des Honoraires | |
| AM | PC | IM | IV | |
| | | | | |

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 والشرابين

طبيب سابقا بمستشفيات نانسي

خريج في الفحص الآلي للقلب والشرابين (نانسي)

خريج في طب المستعجلات بنانسي

17 JUIN 2023

Casablanca, le : الدار البيضاء، في :

ل. HAMZU كتملو

350,00
210,00

- REXABAN₁₅

1-0-1
معدل سكر

(Rui REXABAN₂₀ 1-0-0)
معدل سكر

- ESTE₂₀

1-0-0
معدل سكر

560,00
PHARMACIE AL
ALJ Md Abdelilah
279, Bd Abdelmoumen - Casablanca
Tel: 022 86 05 39

Dr. Hamza BENNOUNA
Cardiologue
Abdelmoumen et Abdelmalek
CASABLANCA
05 22 86 39 39 / 06 61 16 96 78

إقامة هشام، زاوية شارع عبد المومن وزنقة عبد الصالك أبو ماريان - الدار البيضاء
Résidence Hicham, Angle Bd Abdelmoumen et Rue Abdelmalek Abou Marouane - CASABLANCA
Tél. : 05 22 86 39 39 - 05 22 86 38 38 - Urgences : 06 61 16 96 78 - E-mail : bennounahamza@yahoo.fr

Rexaban®
Rivaroxaban

LOT:224166
EXP:06/24
PPV:210DH00

15 mg

14

Comprimés pelliculés

Voie Orale

501376b

350,00



ريكسابان

ريفاروكسابان

15 ملغ

28

قراص ممتصة

عن طريق الفم

Rexaban® 15 mg

28 comprimés pelliculés



6 118000 072652

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 والشرابين

طبيب سابقا بمستشفيات نانسي

خريج في الفحص الألي للقلب والشرابين (نانسي)

خريج في طب المستعجلات بنانسي

Casablanca, le : 17 JUIN 2023 : الدار البيضاء، في :

دكتور حمزة بنونة

مستشار أمراض القلب
والشرابين

مستشار أمراض القلب
والشرابين

مستشار أمراض القلب
والشرابين

مستشار أمراض القلب
والشرابين؟

CABINET D'EXPLORATIONS CARDIOVASCULAIRES

Docteur BENNOUNA Hamza

Angle Boulevard Abdelmoumen et rue Abou Marouane Casablanca

Tél : +212 522 86 39 39 / + 212 522 86 38 38

NOTE D'HONORAIRE

CONCERNANT

: N° HAMOUTI Boulevar

NATURE D'EXAMEN : Echo-doppler cardiaque du

17 JUN 2023

HONORAIRES PERCUS: Mille dirhams (1000dhs)

Docteur BENNOUNA Hamza

Dr. HAMZA BENNOUNA
Cabinet d'explorations
24 Abdelmoumen et rue Abdelmalk
CASABLANCA
Tél. 05 22 86 39 39 / 38 38

Spécialiste en pathologie cardio-vasculaire (Nancy).
Diplôme d'écho-doppler cardio-vasculaire (Nancy).
Capacité d'aide médicale urgente (Nancy).
Capacité de médecine de catastrophe (Nancy).

COMPTE RENDU D'ECHO-DOPPLER CARDIAQUE

NOM : HAMRITI

Prénom : Bouchaib

Motif d'examen : Bilan embolie pulmonaire.

Compte rendu de l'examen : l'examen s'est déroulé dans des bonnes conditions techniques.

- ♥ Aorte de taille normale à 32mm ; et d'ouverture systolique normale à 23mm.
- ♥ Oreillette gauche de taille normale à 34mm, de cinétique normale, sans thrombus.
- ♥ Ventricule gauche de dimension normale (DTD à 49mm – DTS à 30mm); cinésie du ventricule gauche sans particularité; pas d'hypertrophie ventriculaire gauche, pas de thrombus intracavitaire. Fraction d'éjection estimée à 66% par TEICHOTZ, et 70% par SIMPSON.
- ♥ Appareil valvulaire mitral : anneau de taille normal, pas de végétations, pas de remaniement valvulaire. Pas de prolapsus de la valve mitrale. Pas de rétrécissement mitral, pas d'insuffisance mitrale. Pas de trouble de la relaxation du ventricule gauche.
- ♥ Appareil valvulaire aortique : anneau de taille normal, tricuspédie, pas de végétations, pas de remaniement valvulaire, pas de rétrécissement aortique, pas d'insuffisance aortique.
- ♥ Appareil valvulaire tricuspédien : sans particularité.
- ♥ Pas d'épanchement péricardique.
- ♥ Crosse aortique sans particularité
- ♥ Cavités droites et veine cave inférieure non dilatées.

AU TOTAL :

- Ventricule gauche de taille normale, de cinétique normale, pas d'hypertrophie ventriculaire gauche concentrique, fraction d'éjection estimée à 70%.
- Pas de prolapsus de la valve mitrale.
- Pas de valvulopathie significatives.
- Pas de trouble de la relaxation du ventricule gauche.
- Pas d'épanchement péricardique.

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