

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

- Réclamation : 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° W21-717998

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **1922**

Matricule : **1922** Société : **RAM**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : **178482**

Nom & Prénom : **EL AZAIZI MOHAMMED**

Date de naissance : **01/06/1952**

Adresse : **Hay AZHAR IMF APPT 4 AVENUE IRN KHATIB FES**

Tél. : **0535 608347** Total des frais engagés : **908,70** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

**Dr. SAAD BENNOUNA**  
**CARDIOLOGUE**  
**15, Av. Lalla Meriem-FES**  
**Tél : 05.35.65.33.92 GSM: 06.61.14.85.35**

Cachet du médecin :

Date de consultation : **17 AOUT 2023**

Nom et prénom du malade : **Mr EL AZAIZI Mohammed** Age : **72**

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **ACIFA**

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 : **FES** Le : **17/08/2023**

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-717998

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : **1922**  
Nom de l'adhérent(e) : **EL AZAIZI**  
Total des frais engagés : **908,70**  
Date de dépôt :



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/08/23	608,70 DH

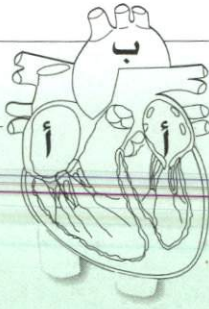
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>			
<b>Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue</b>	<b>Date</b>	<b>Désignation des Coefficients</b>	<b>Montant des Honoraires</b>

[illegible]

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





# الدكتور سعد بنونة

## Docteur Saâd BENNOUNA

اختصاصي في أمراض القلب والأوعية الدموية

Cardiologue lauréat de l'université de Rouen

Spécialiste des Maladies du Cœur et des Vaisseaux

خريج كلية الطب بروان (فرنسا). مجاز في فحص القلب بالصدى والدوبلر  
ملحق سابقاً بمستشفيات روان. ملحق سابقاً بالمستشفى الدراسي العسكري محمد الخامس  
Diplômé d'Echocardiographie - Doppler (Paris VII)  
Explorations Cardiovasculaires.

Mr EL AZAIZI MOHAMMED

17/08/2023

régime peu salé

134,60 x 2 / 65,20  
\* LASILIX 40 MG

1/2 cp le matin 1j/2 ( 3 mois )

156,80 x 2 / 113,60  
\* ALDACTONE 50 MG

1/2 cp le matin après repas 1j/2 ( 3 mois )

35,70  
\* KARDEGIC 160

sachet au milieu du repas du midi ( 3 mois )

158,10 x 2 / 116,20  
\* CARDENSIEL 5

1 cp le matin (3 mois)

\* REDLIP 20

1 cp le soir lundi et jeudi (3 mois)

274,10  
\* I.B.S

1 gel le matin avant repas (1 mois)

\* NE PAS ARRETER LE TRAITEMENT SANS AVIS MEDICAL

\* A REVOIR DANS 3 MOIS

608,70

Sté PHARMACIE AL-KORACHI  
SANA AL-KORACHI  
RTE AIN CHREF - FES  
TEL: 05 35 65 33 92  
INPE: 15-006881

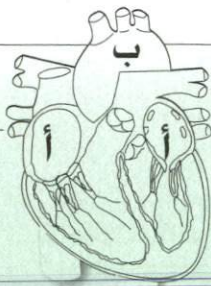


إقامة مسجد الإمام مالك، 15 شارع للامريم، الطابق الأول - فاس Rés. de la Mosquée Imam Malik 1<sup>er</sup> étage - 15, Av. Lalla Mariam - FES

العيادة : 05.35.65.33.92 - Tél. : Cabinet :

• Fax : 05.35.65.35.66





# الدكتور سعد بنونة

## Docteur Saâd BENNOUNA

اختصاصي في أمراض القلب والأوعية الدموية

Cardiologue lauréat de l'université de Rouen

Spécialiste des Maladies du Cœur et des Vaisseaux

خريج كلية الطب بروان (فرنسا). مجاز في فحص القلب بالصدى والدوبلر

ملحق سابقاً بمستشفيات روان. ملحق سابقاً بالمستشفى الدراسي العسكري محمد الخامس

Diplômé d'Echocardiographie - Doppler (Paris VII)

Explorations Cardiovasculaires.

17/08/2023

MR EL AZAIZI MOHAMMED

### NOTE D'HONORAIRES

C2 + ECG

:

300.00 DH

Acquitée la présente facture à la somme de :  
TROIS CENT DIRHAMS

Dr. SAAD BENNOUNA  
CARDIOLOGUE  
15, Av. Lalla Mariam - FES  
Tél: 05.35.65.33.92 - 05.35.65.35.66



# ECG

Dr BENNOUNA Saad

NOM: EL AZAIZI MOHAMMED

ID :

Genre : Homme

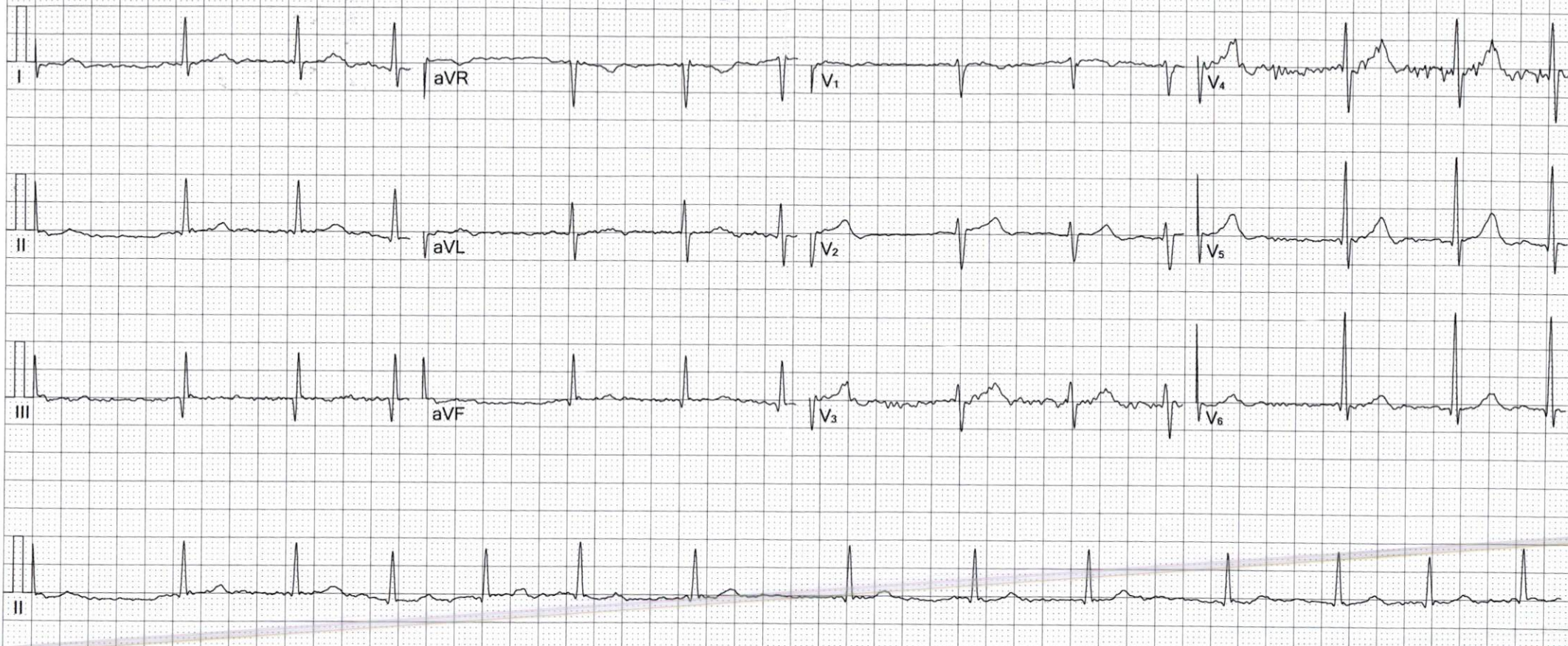
Age : 71

DOB : 01-01-1952

Date Test: 17-08-2023 16:04

Case #: Investigation #: Médecin Référent: Doctor A

10mm/mV 25mm/s



Fréquence : 1000 Hz	Interval.PR : 321 ms
Durée ECG: 18 s	Interval. QT : 411 ms
FC : 76 bpm	Interval. QTc : 462 ms
Durée P : 43 ms	Axe P : 13.9°
Durée QRS : 84 ms	Axe QRS : 54.5°
Durée T : 297 ms	Axe T : 8.1°

Suggestion :

*Acute FA*

Filtre Principal: On Filtre ADS: On

Signature Médecin:

