

# 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

- 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.

M23-0019295

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8134 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre : 188303

Nom & Prénom : ARIB HICLOM

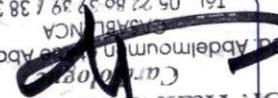
Date de naissance : 03/02/69

Adresse : LES RENZI, 11 RUE LAVOISIER, 27H3, ADT TO 7

Qu. 1001 TAUX CASABLANCA

Tél. : 06 64 22 47 01 Total des frais engagés : 973,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 04 OCT 2023

Nom et prénom du malade : ARIB HICLOM Age : 54

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : HIC

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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.

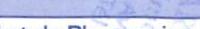
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : 25/12/23

Signature de l'adhérent(e) : 

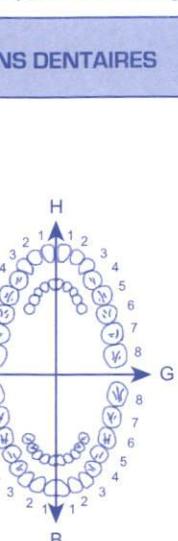
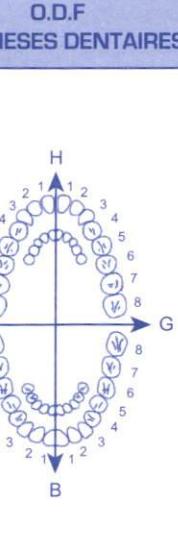


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant l'exactitude des Actes
04 OCT 2023	51000 -		50000	DR BENNOU

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	4/10/23	673,30

ANALYSES - RADIOPHARIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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.																																																																																																																													
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																																																																																																																													
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																									<b>Nature des Soins</b> <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																									<b>Coefficient</b> <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																									<b>Coefficient des travaux</b> 	
<b>Montants des soins</b> 																																																																																																																													
<b>Début d'exécution</b> 																																																																																																																													
<b>Fin d'exécution</b> 																																																																																																																													
<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> 	<b>Determination du coefficient masticatoire</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2">25533412</td> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2">11433553</td> </tr> </table>	H		21433552		25533412		00000000		00000000		00000000		D		35533411		B		11433553		<b>Coefficient des travaux</b> 																																																																																																							
		H		21433552																																																																																																																									
		25533412		00000000																																																																																																																									
		00000000		00000000																																																																																																																									
		D		35533411																																																																																																																									
		B		11433553																																																																																																																									
		<b>Montants des soins</b> 																																																																																																																											
		<b>Date du devis</b> 																																																																																																																											
		<b>Date de l'exécution</b> 																																																																																																																											
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																																																																																																											

## 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)

## خريج كلية الطب بنانسي (فرنسا)

## ال اختصاص في أمراض القلب والشرايين

طیب سابق بمستشفيات نانسی

خريج في الفحص الآلي للقلب والشرايين (نانسي)

خريج في طب المستعجلات بنانسي

Casablanca, le : **04 OCT, 2023** : الدار البيضاء، في :

04 OCT. 2023

الدار البيضاء، في :

# 1. Aufgabe

33. Abdellmoumen El Hedi  
CASABLANCA  
Tél. 05 22 80 39 59 / 38 38

إقامة هشام، زاوية شارع عبد المؤمن ورقة عبد الله، باب المروان - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 86 38 38 - 05 22 86 39 39 - Residénce Hicham, Angle Bd 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

**LORCARD® 5 mg 28** comprimés

PPV 47DH50 EXP 03/2024  
LOT 21049 3

**LORCARD® 5 mg 28** comprimés

PPV 47DH50 EXP 03/2024  
LOT 21049 3

**LORCARD® 5 mg 28** comprimés

PPV 47DH50 EXP 03/2024  
LOT 21049 3

ALDACTONE®

50 mg



6

118001170029

P.P.V: 56.80 DH

501223b

Lot N°

158,00

Exp

2018-01-01

PPV

Lot N°

158,00

Exp

PPV

Lot N°

158,00

Exp

## 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

## ELECTROCARDIOGRAMME

Nom :

ARIB

Prénom :

Hicham

Date de naissance : 03-02-69 Age :

54

Date d'examen :

04 OCT. 2023

Heure :

Motif d'examen :

HTA

Traitements :

-

Conclusions :

دكتور حمزة بنونة

اقامة هشام، زاوية سارع عبد العزون وفقة عبد المالك بن جعفر - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 86.39 39 - 39 39 39 39 39

Résidence Hicham, Angle Bd Abdelmoumen et Rue Abdelmalek Abdellouane - CASABLANCA

Téléphone : 05 22 86 39 39 - Urgences : 06 61 16 96 78 - Fax : 05 22 86 38 38

