

# 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

M23-0015680

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1790 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : HAMILLOU BENDAOUD  
 Date de naissance : 18.11.52  
 Adresse : H30 LOT ELWAFI, DEROUA  
 Tél. : 06.63.23.93.94 Total des frais engagés : 885,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Docteur Hassan JAMMI**  
**CARDIOLOGUE**  
 20, Rue Oumaima SAYAH  
 Bd. Al Massira Al Khadra - Casa  
 Tél. 0522 39 31 01 - Fax: 0522 36 79 35  
 INP: 091080218  
 ICE: 001 201 1800061

Date de consultation : 13 FEV. 2024  
 Nom et prénom du malade : HAMILLOU Bendaoud Age: 71 ans  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie :  
 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 : DEROUA Le : 27/02/2024  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13-2-24	53.20

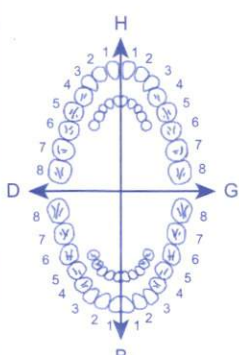
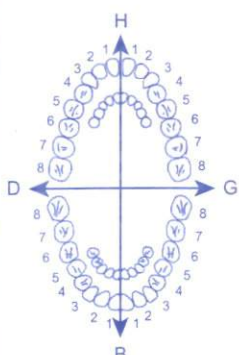
[illegible][illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

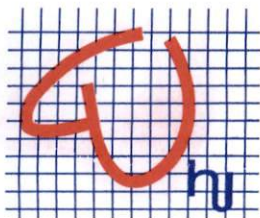
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>									
					DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>									
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Résidence Star Youness , Rue Oumaïma Sayeh, N°20, 2ème étage, Appt. N°6  
Boulevard Al Massira Al Khadra , Quartier Racine - Casablanca 20000

الطبيب هسن جمعة  
أمراض القلب و الشرايين

13 FEV. 2024

**Dr. Hassan JAMMI**

**CARDIOLOGUE**

Diplômé de l'Université  
de Nice - Sophia Antipolis

Ex. Assistant spécialiste  
des Hôpitaux de France

*Dr. Harilou Benabdoul*

5.000,00  
SV  
Fix : 05 22 53 20 54  
244 lotissement el wafaa  
PHARMACIE EL OUMOUMA

*Ex Age 1700*

*per not.*

*585,00*

580  
Fix : 05 22 53 20 54  
244 lotissement el wafaa  
PHARMACIE EL OUMOUMA

**Docteur Hassan JAMMI**  
**CARDIOLOGUE**  
20, Rue Oumaïma SAYAH  
Bd. Al Massira Al Khadra - Casa  
Tél. 0522 39 31 01 / Fax: 0522 36 79 35  
INP : 091080218  
ICE : 001498148000061

CSM : 06 61 14 94 22  
Tél : 05 22 39 31 01  
Fax : 05 22 36 79 35







HAMILOU BEDAOUD

Date Examen: 13/02/2024 13:59:37

Cabinet Hassan jammi, Hassan jammi

Test type: Resting ECG

HR	75/min	P	110ms	Axe P	56°
RR	800ms	PQ (PR)	162ms	Axe QRS	-23°
SpO2		QRS	98ms	Axe T	57°
TA		QT	407ms	QTc(Baz)	455ms

ECG NORMAL

Médecin: hassan hassan

B. H.

14/2

