

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Cessions 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.

## Pathologie 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.

## Éducation :

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.

**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](http://www.mupras.com)

Maladie

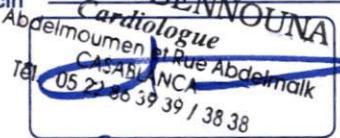
Dentaire

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	1483	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné[e]	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL AZHAR Mohamed			
Date de naissance : 23/07/1954			
Adresse : 58, Lot Al Jadidha - Sidi Nasser - Casablanca			
Tél. :	0663084765	Total des frais engagés :	719,85 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/08/2020

Nom et prénom du malade : EL AZHAR

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : 10/09/2020

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 le paiement des Actes
18/8/2022	SEU	—	3000	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Mme. A. AYOUNI - SEGRATI Ave. du 1er Mai 10 Tunis - Tunisie Tel. : 71 22 00 18 ABIREGAG	18/08/2020	440,85

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

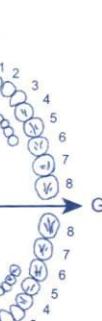
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				Coefficient des travaux										
				Montants des soins										
				Début d'exécution										
				Fin d'exécution										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</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;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	B	00000000 35533411	00000000 11433553	H	G	Coefficient des travaux
H	G													
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	B													
00000000 35533411	00000000 11433553													
H	G													
				Montants des soins										
				Date du devis										
				Date de l'exécution										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## **Docteur Hamza BENNOUENA**

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 بناسى (فرنسا)

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

طبيب سابق بمستشفيات نانسي

خريج في الفحص الالي للقلب والشرايين (ناسى)

خريج في طب المستعجلات بنانسي

Casablanca, le :

18 AOUT 2020

الدار البيضاء، في :

Dr. EL AZHAR

Hamza Bennouna

58  $9,6 \times 6 = 34,8, 60$   $\frac{1}{2} \times 1 = 0,5$   $1 - 0 - 1$   
Grand total 34,8 + 0,5 = 35,3 mm



$30,75 \times 3 = 92,25$   $\frac{1}{2} \times 3 = 1,5$   $1 - 0 - 1$

140,85

Dr. Hamza BENNOUENA  
Cardiologue  
Bd. Abdelmalek Abou Marouane  
CASABLANCA  
Tél. 05 22 86 39 39 / 38 38

إقامة هشام، زاوية شارع عبد الصومن وزنقة عبد المالك أبومروان - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 86 38 38 - 05 22 86 39 39

Résidence Hicham, Angle Bd Abdelmalek 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



6 118001 100873

**Cardensiel® 5 mg**

Comprimés pelliculés sécables B/30



PPV: 58,10 DH

7862160239



6 118001 100873

**Cardensiel® 5 mg**

Comprimés pelliculés sécables B/30



PPV: 58,10 DH

7862160239



6 118001 100873

**Cardensiel® 5 mg**

Comprimés pelliculés sécables B/30



PPV: 58,10 DH

7862160239



6 118001 100873

**Cardensiel® 5 mg**

Comprimés pelliculés sécables B/30



PPV: 58,10 DH

7862160239



6 118001 100873

**Cardensiel® 5 mg**

Comprimés pelliculés sécables B/30



PPV: 58,10 DH

7862160239



6 118001 100873

**Cardensiel® 5 mg**

Comprimés pelliculés sécables B/30



PPV: 58,10 DH

7862160239

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30

P.P.V :30DH70



6 118000 061847

LOT : 20E009  
PER.: 07/2021

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30

P.P.V :30DH70



6 118000 061847

LOT : 20E009  
PER.: 07/2021

# KARDEGIC® 75mg

Poudre pour sc  
buvable

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Kardegic 75 mg sac b 30  
P.P.V : 30,70 DH



118000

051847

30 sachets-dos



FC 76  
PR 146  
QRSD 79  
QT 365  
QTc 410

## -- Axe --

P 55  
QRS -44  
T 44

