

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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 à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **8560**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e),

Autre :

Nom & Prénom : **MJATI BOUAZZA**

Date de naissance : **10.03.1962**

Adresse : **oulfa R. 109 dpt 1**

Tél. : **668551040**

Total des frais engagés : **177599** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Praticien : **Dr. Saïd BENJELLOUN**
Chirurgien-dentiste
Ancien Chef du Service des Plaies
59, Bd. Taktout, Résidence les Fleurs
Casablanca - Tél. : 0522 88 01 12 / 13 / 14

Cachet du médecin :

Date de consultation : **03 OCT 2023**

Nom et prénom du malade : **Dr. Saïd BENJELLOUN**

Age :

Lien de parenté :

Lui-même
 Dr. Saïd BENJELLOUN

Enfant

Nature de la maladie :

Dr. Saïd BENJELLOUN
Chirurgien-dentiste
Ancien Chef du Service des Plaies
59, Bd. Taktout, Résidence les Fleurs
Casablanca - Tél. : 0522 88 01 12 / 13 / 14

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 :

Signature de l'adhérent(e) : **DR SAID BENJELLOUN**



ACCUEIL **10/2023**

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
13 OCT. 2013	S	GT		<i>Centre d'Urologie Professeur Saâd BENJELLOUN Chirurgien Urologue - Ancien Chef du Service d'Urologie Zerktouni, Résidence les Fleurs Casablanca - Tel : 052 88 01 12/13/14</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. BENANI Jaafar 32 Bd Oued Sebou, Casablanca - Tél: 05 22 90 16 99	31/10/13 2013	789,90

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

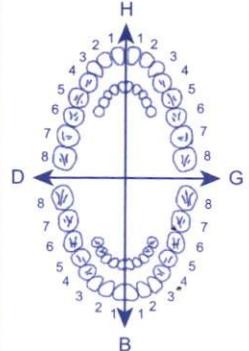
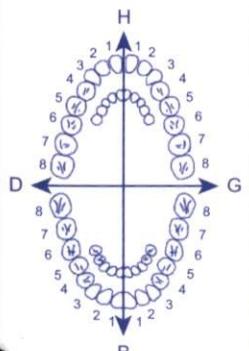
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
					
MONTANTS DES SOINS				DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION				CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552		
D	00000000	00000000	G		
00000000	00000000				
35533411	11433553				
DATE DU DEVIS	B				DATE DE L'EXECUTION

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Centre d'urologie

Pr. Saad Benjelloun

Centre d'Urologie
Professeur Saâd BENJELLOUN
- Chirurgien Urologue -
Ancien Chef du Service d'Urologie
59, Bd. Zerkouni, Résidence les Fleurs
Casablanca - Tel : 0522 88 01 12 / 13 / 14

03

2023

DR M A S A F I S B O U A Z Z A

232, 0 X 3

1) AAFNAI (Nom)



1 CP à Sebou

1 (3 BT)

31, 30 X 3

2) T Y C N I C

1 CP 13

2 (8 BT)

Pharmacie TAM
Dr. BENANI Jaafar
302, Bd Oued Sebou, Oulfc
CASABLANCA -
Tél: 05 22 90 18 99

2) T Y C N I C
Dr. BENANI Jaafar
302, Bd Oued Sebou, Oulfc
- CASABLANCA -
Tél: 05 22 90 18 99

N° I.C.E : 001638312000001

Centre d'Urologie
Professeur Saâd BENJELLOUN
- Chirurgien Urologue -
Ancien Chef du Service d'Urologie
59, Bd. Zerkouni, Résidence les Fleurs
Casablanca - Tel : 0522 88 01 12 / 13 / 14



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6
MOIS

code : PR2FRO1

Version : 01

Date : 24/05/2022

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :

Matricule :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° CEP :

N° INP :

0016883 N00001

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée :

< 3 mois

Entre 3 et 6 mois

A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casablanca le / 03 OCT. 2023

Cachet et signature du médecin traitant :



*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées



Xatral LP 10 mg

alfuzosine/alfuzosin

Voie orale/Oral use

30 comprimés à libération prolongée
30 prolonged release tablets

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
XATRAL LP 10MG CPR B30
PPV : 232,00 DH



6 118001 081301

SANOFI

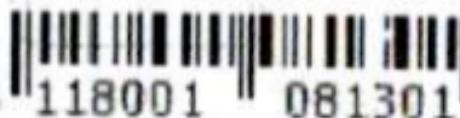
Xatral LP 10 mg

alfuzosine/alfuzosin

Voie orale/Oral use

30 comprimés à libération prolongée
30 prolonged release tablets

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
XATRAL LP 10MG CPR B30
PPV : 232,00 DH



6 118001 081301

SANOFI

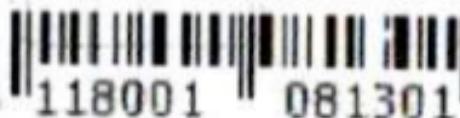
Xatral LP 10 mg

alfuzosine/alfuzosin

Voie orale/Oral use

30 comprimés à libération prolongée
30 prolonged release tablets

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
XATRAL LP 10MG CPR B30
PPV : 232,00 DH



6 118001 081301

SANOFI