

# 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

M22- 0010162

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5738 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZOUMFI MOHAMED

Date de naissance : 31/12/1955

Adresse : CITE EL HANK - Imm 1 - Apt. 12

CAJA

Tél. : 0661769233 Total des frais engagés : 1243,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Adil EJ-JENNANI  
CHIRURGIEN UROLOGUE  
30, Bd. Bordeaux Bourgogne 1er Etage  
Casablanca - Tel : 06 18 12 00 28  
adil.ejennani@gmail.com

Date de consultation : 04/10/2023

Nom et prénom du malade : ZOUMFI Mohamed Age : 68 ans

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

Nature de la maladie : Hypertension artérielle

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.

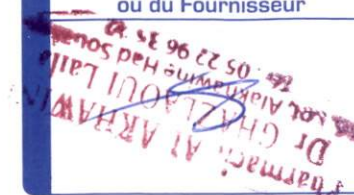
Fait à : CASABLANCA Le : 09/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

# RELEVÉ 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
04/10/23	C2		300,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04-10-23	1243,50

# ANALYSE - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

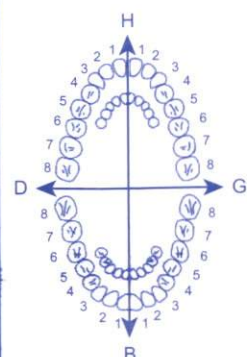
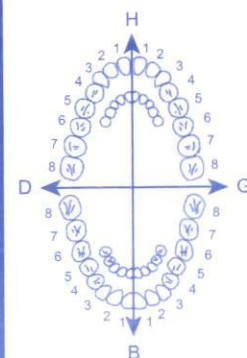
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr Adil EJ-JENNANE**  
**CHIRURGIEN UROLOGUE**

Ancien Chef de Clinique d'Urologie  
des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg  
Membre de l'Association Française d'Urologie

Chirurgie des voies urinaires et organes génitaux  
Coelioscopie, Endo-urologie  
Lithotripsie extra-corporelle, Urétéroscopie souple laser  
Stérilité Masculine, Impuissance  
Echographie urinaire, Fibroscopie urinaire  
Circoncision

**الدكتور عادل الجنان**

جراحة الكلي و المسالك البولية و التناسلية

رئيس سابقا لمصلحة جراحة الكلي و المسالك  
البولية بالمستشفى الجامعي بستراسبورغ  
عضو في الجمعية الفرنسية لجراحة المسالك البولية

جراحة بالتنظير  
تفتيت الحصى بالأشعة  
الأمراض التناسلية و العقم عند الرجال  
الفحص بالصدى  
الفحص الداخلي بالتنظير  
طهارة الأطفال

04/10/2023

Patient: Mr ZOUAFI Mohamed

Date de naissance: 31/12/1955

**ORDONNANCE**

**1. TAMSULOSINE WIN 0,4 mg, gélules**

1 gélule le soir pendant 3 mois

**2. PERMIXON, gélules**

2 gélules en une seule prise pendant 3 mois

**3. DUSTA 0,5 mg, capsules molles**

1 capsule par jour pendant 3 mois

$98,00 \times 3 = 294$   
 $153,30 \times 3 = 459,90$   
 $163,20 \times 3 = 489,60$   
 $t = 1243,50$

Pharmacie AL ARHAWINE  
Dr CHAZLAOU Laila  
Tél: 05 22 96 35 32

**Dr Adil EJ-JENNANE**

**Dr. Adil EJ-JENNANE**  
**CHIRURGIEN UROLOGUE**  
280, Bd. Bordeaux Bourgogne 1er Etage  
Casablanca - Tél 06 18 62 00 63  
adil.ejjennane@gmail.com

LOT : 22E004  
PER : 02/2025

TAMSULOSINE WIN LP  
0,4MG GELU B30

P.P.V : 98DH00



6 118000 062257

LOT : 22E004  
PER : 02/2025

TAMSULOSINE WIN LP  
0,4MG GELU B30

P.P.V : 98DH00



6 118000 062257

LOT : 22E004  
PER : 02/2025

TAMSULOSINE WIN LP  
0,4MG GELU B30

P.P.V : 98DH00



6 118000 062257

20 7V 153,30 5

Permixon 160 mg  
30 GÉLULES



6 118001 181957

20 7V 153,30 5

Permixon 160 mg  
30 GÉLULES



6 118001 181957

20 7V 153,30 5

Permixon 160 mg  
30 GÉLULES



6 118001 181957

PPV : 163 Dhs 20

N° de LOT.: LF30617A

Date d'EXP: 04/2025

**DUSTA® 0,5 mg**

Dutastéride  
30 capsules molles

PROMOPHARM S.A



6 118001 260935

PPV : 163 Dhs 20

N° de LOT.: LF30617A

Date d'EXP: 04/2025

**DUSTA® 0,5 mg**

Dutastéride  
30 capsules molles

PROMOPHARM S.A



6 118001 260935

PPV : 163 Dhs 20

N° de LOT.: LF30617A

Date d'EXP: 04/2025

**DUSTA® 0,5 mg**

Dutastéride  
30 capsules molles

PROMOPHARM S.A



6 118001 260935