

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.



Déclaration de Maladie

M22- N° 002176

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1933 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL MAZIANI MUSTAPHA

Date de naissance : 09/04/52

Adresse : LOT FATH2 N° 21 Sidi Naam

Tél. 0661106716 Total des frais engagés : 804,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 00/00/00

Nom et prénom du malade : Raza S. A. Gami Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Maladie chronique

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC ☐ Protégé

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 :

Le :/...../.....

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Praticien attestant le paiement des honoraires
06/09/23	CS		200,00dh	<div> <div>Dr. BENZANE Amina</div> <div>Hépat-Gastro-Entérologie / Proctologie</div> <div>Complexe Panorama Bd. El Kadi</div> <div>GH 03, Imm. 13, 2ème Etage - Casablanca</div> <div>Sidi Maarouf - Casablanca</div> <div>Tél: 05 22 97 60 09</div> </div>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<div> <div>Ma Pharmacie</div> <div>30 Bis, Sidi Maarouf</div> <div>CASABLANCA</div> <div>Tél: 05 22 78 82 05</div> </div>	06/09/23	374,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire de Diagnostic	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<div> <div>Dr. BENZANE Amina</div> <div>Hépat-Gastro-Entérologie / Proctologie</div> <div>Complexe Panorama Bd. El Kadi</div> <div>GH 03, Imm. 13, 2ème Etage - Casablanca</div> <div>Sidi Maarouf - Casablanca</div> <div>Tél: 05 22 97 60 09</div> </div>	06/09/23	CR - b1	200,00dh

AUXILIAIRES MEDICAUX

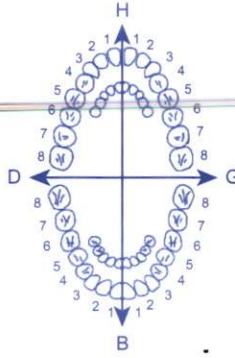
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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.

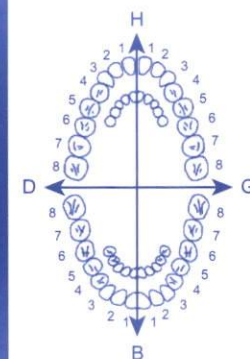
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. BENZZINE Amina

Spécialiste en Hépatogastro-
entérologie et Proctologie
Endoscopie digestive
Échographie Abdominale

Lauréate de la Faculté de Médecine - Casablanca
Ancienne Médecin au CHU Ibn Rochd



د. بنالزين أمينة

أخصائية في أمراض الجهاز الهضمي
الكبد والشرح
المنظار الداخلي للمعدة و القولون
الفحص بالصدى

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد

ORDONNANCE

Casablanca, le : 06/09/23

M - Raja skati Gami

98,80

1/ Neofortan 160mg cp

1cp x 3/jr - trops

131,60

2/ Spectrum 500mg cp

1cp x 2/jr upr rpr p 10jr

144,60

3/ Esoc 20mg gél

1gél/jr - t

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80
EXP 03/2026
LOT 33022 2

LOT 230081
EXP 01/2026
PPV 131.605H

LOT 144DH50
EXP 01/24

144,60

DR. BENZZINE Amina
Hépatogastro-Entérologie et Proctologie
Complexe Panorama Bd. Abou Bakr El Kadiri,
GH 03, Imm. 13, 2^{ème} étage Bureau N°8, Sidi Maarouf - Casablanca
Tél: 05 22 97 60 09

مكاتب بانوراما، شارع أبوبكر القادري، مجموعة 3 عمارة 13 الطابق 2 مكتب 8، سيدي معروف - الدار البيضاء
Complexe Panorama, Bd Abou Bakr El Kadiri, GH 03 Imm 13, 2^{ème} étage Bureau N°8, Sidi Maarouf - Casablanca

05 22 97 60 09

amina.benzzine@gmail.com

عيادة أمراض الجهاز الهضمي و الكبد و الشرج

CABINET DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF, DU FOIE ET DE PROCTOLOGIE

Dr. BENZZINE Amina

Spécialiste en Hépato-gastro-entérologie et Proctologie



د. بنالزين أمينة

**أخصائية في أمراض الجهاز الهضمي
الكبد والشرج**

Casablanca, le: 06/09/23.....

Nom & Prénom : M^{me} Raye skat Amina.....

Compte rendu d'échographie abdominale

Foie : de taille normale, de contours réguliers,
d'échostructure homogène

Vésicule biliaire alithiasique, à paroi fine

Absence de dilatation des voies biliaires intra-hépatiques et
extra-hépatiques

Rate de structure homogène et de volume normal

Reins diminués de taille, de contours irréguliers,
dédifférenciés, sans dilatation des cavités excrétrices

Absence d'épanchement péritonéal

Conclusion :

Météorisme abdominal diffus

Reins dédifférenciés pouvant rentrer dans le cadre de son
insuffisance rénale

