

## 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

M23-0017872

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07739 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : FADIL Mohamed  
Date de naissance : 16-10-1956  
Adresse : Habituelle  
Tél : 0604331303 Total des frais engagés : 100,00 + 2577,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Cin B529569

Date de consultation : 01/11/2023  
Nom et prénom du malade : FADIL Mohamed Age : 67  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Lymphome de Mantoux  
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 : 01/11/2023  
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 Médecin attestant le Paiement des Actes
01/11/2023	4c	400 54		

**Dr. JAMIL BENNAJIE**  
 SPECIALISTE EN HEMATOLOGIE  
 Abdelmoumen Center Angle Bvds  
 Abdelmoumen et Moual 201000 Casablanca  
 Tél: 05 22 864 638 Fax: 05 22 865 938

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/11/23	2577,2

## ANALYSES - 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"/>

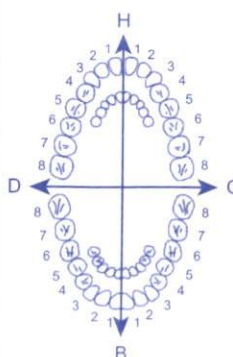
## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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



**CO-TRIM FORT** 20 comprimés

PPV 30DH50 EXP 06/2027  
LOT 32010 7

LOT 231212  
EXP 04/26  
PPV 502DH00

25 comprimés

LOT 231212  
EXP 04/26  
PPV 502DH00

25 comprimés

LOT 231212  
EXP 04/26  
PPV 502DH00

25 comprimés

Casablanca, le : 01/11/2023

**CO-TRIM FORT** 20 comprimés

PPV 30DH50 EXP 06/2027  
LOT 32010 5

Identité :

M. Mohamed FADIL

DDN : 14.10.1956

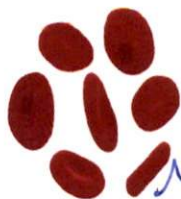
Mle 07739 ✓

LOT 224635  
EXP 10/25  
PPV 502DH00

25 comprimés

LOT: 220837  
PER: 11-2024  
PPV: 140.00DH

LOT: 220837  
PER: 11-2024  
PPV: 140.00DH



502ax4

Cicloviral 800mg 1/2 cp x 3/j pendant 2 mois

Oedes 20mg 1cp/j pendant 2 mois grande boîte

Cotrim fort 1cp x3/semaine (lundi mercredi vendredi) pendant 2 mois

Glucophage 850 1cp x3/j pendant 2 mois

Amarel 4mg 1cp/j pendant 2 mois

**Dr Jalil BENNANI**

Spécialiste en Hématologie Clinique  
DES en Cancérologie  
AFSA en Hématologie

Diplômé de l'Université Libre de  
Bruxelles

Ancien assistant à l'Institut Jules Bordet  
- Bruxelles

Ancien chef de clinique à l'Institut  
Gustave Roussy - Villejuif

Ancien Interne des Hôpitaux Saint-Louis  
et Hôtel Dieu - Paris

Adresse : CENTRE ABDELMOUMEN  
Angle Bvds Abdelmoumen et Anoual  
20360 Casablanca - Maroc

Tel : +212 (0) 522 864 666  
+212 (0) 696 626 504  
Fax : +212 (0) 522 865 938  
Email : j.bennani@gmail.com

2577,2



Dr. Jalil BENNANI  
Spécialiste en Hématologie  
Abdelmoumen Centre Angé Bvds  
Abdelmoumen et Anoual 20100  
Casablanca  
Tél 05 22 86 46 66 - Fax: 05 22 86 59 38

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Amarel 4 mg cp b 30  
P.P.V : 68,80 DH  
6 118001 081325

11325

45,20  
GED

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Amarel 4 mg cp b  
P.P.V : 68,80 DH  
6 118001 06

GED

45,20