

## 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

### 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 une fois par an.

### 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 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

W21-832011

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7503 Société : 195370  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : FATTAH Abdellah  
 Date de naissance : 07/11/60  
 Adresse :  
 Tél : 0600712077 Total des frais engagés : #98,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/12/23  
 Nom et prénom du malade : RISSA OUI KHA OUI Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : cystite  
 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
11/12/23				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/12/23	9880

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
		A M	P C	I M	I V	

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	Montant des Honoraires	CCEFFICIENT DES TRAVAUX																													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES					DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"> </td> </tr> </table>				H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D		G		00000000	00000000			35533411	11433553			B				CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
	H		G																															
	25533412	21433552																																
	00000000	00000000																																
	D		G																															
	00000000	00000000																																
	35533411	11433553																																
	B																																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Montant des Honoraires																													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																													



Dr. Mohamed BENJELLOUN

Chirurgien Urologue - Andrologue

Ancien Interne des hôpitaux de Paris

Membre de l'Association Européenne

d'Urologie et de Sexologie

Diplômé en Cancers Uro-Génitaux



د. محمد بنجلون

جراح المسالك البولية والتناسلية

طبيب داخلي سابقاً بمستشفيات باريس

عضو الجمعية الأوروبية لجراحة المسالك البولية

دبلوم في سرطان المسالك البولية والتناسلية

17 DEC 2023

Mme RISSAOUT KHADIJA

① MONTANIL 3g

98,80

1 Sack / Semaine

② New Fortan

PHARMACIE AL WOURD  
67, Rue des Roses A. Côté de  
Majidi Annour - Beaulieu  
Tel: 05 22 36 84 30 - Casablanca  
Patente: 34808192

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80  
EXP 07/2026  
LOT 33022 8

Dr. Mohamed BENJELLOUN  
Chirurgien Urologue  
Tél: 05 22 36 84 30

21, شارع بئر أنزران، الطابق الأول، الشقة رقم 1 - المعاريف - أمام مصلحة البريد - الدار البيضاء

21, Bd. Bir Anzarane 1<sup>er</sup> Etage, Appt 1 Maarif en face de la poste - Casablanca

Tél : 0522 98 04 04 - Urgence : 0662 11 48 02 - E-mail : benjelloun.uro@gmail.com

Dr. Mohamed BENJELLOUN

Chirurgien Urologue - Andrologue

Ancien Interne des hôpitaux de Paris  
Membre de l'Association Européenne  
d'Urologie et de Sexologie  
Diplômé en Cancers Uro-Génitaux



د. محمد بنجلون

جراح المسالك البولية والتناسلية

طبيب داخلي سابقا بمستشفيات باريس  
عضو الجمعية الأوروبية لجراحة المسالك البولية  
دبلوم في سرطان المسالك البولية والتناسلية

Mme RISSAOUI

71 DEC 2023

KHADIGA

- NFS

- TATCK

Dr. Mohamed BENJELLOUN  
CHIR. UROLOGUE  
21, Bd. Bir Anzarane 1<sup>er</sup> Etage, Appt 1  
Tél: 05 22 98 04 04