

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 canalaire, 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 canalaire.

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

M23-007374

202094

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5738

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZOUAFI MO HAMED

Date de naissance : 31/12/1955

Adresse : CITE EL HANK - 1m.m. 1 Apt. 17
CASABLANCA

Tél. : 0661769233 Total des frais engagés : 1472,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/04/2024

Nom et prénom du malade : ZOUAFI MOHAMED Age: 69

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 : 15/04/2024

Signature de l'adhérent(e) :

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.

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
08/04/24	-2		300,00	<i>[Signature]</i> Dr. Adil El Jejjane DENTISTE GENEALOGIE Tel. 06 18 62 00 63 280, Bd. Bourguiba Casablanca Tél. 06 18 62 00 63 adil.eljejjane@gmail.com

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Signature]</i>	15/4/24	1172,90 DH

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	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. Arrows indicate mesial (M), distal (D				

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
Cœlioscopie, Endo-urologie
Lithotripsie extra-corporelle, Urétéroscopie souple laser
Stérilité Masculine, Impuissance
Echographie urinaire, Fibroscopie urinaire
Circoncision

الدكتور عادل الجنان

جراحة الكلى والمسالك البولية والتناسلية

رئيس سابق لمصلحة جراحة الكلى والمسالك
البولية بالمستشفى الجامعي بستراتوسبورغ
عضو في الجمعية الفرنسية لجراحة المسالك البولية

جراحة بالتنظير

تفحص الخص بالأشعة

الأمراض التناسلية والعقم عند الرجال

الفحص بالصدى

الفحص الداخلي بالتنظير

طهارة الأطفال

08/04/2024

Patient: Mr ZOUAFI Mohamed

Date de naissance: 31/12/1955

ORDONNANCE

$$91,60 \times 3 = 274,80$$

1. TAMSULOSINE WIN 0,4 mg, gélules

1 gélule le soir pendant 3 mois

$$143,30 \times 3 = 429,90$$

2. PERMIXON, gélules

2 gélules en une seule prise pendant 3 mois

$$\begin{array}{r} 152,5 \times 2 \\ + 163,20 \\ \hline 468,20 \end{array}$$

3. DUSTA 0,5 mg, capsules molles

1 capsule par jour pendant 3 mois

Dr. Adil Ejjennane Hôpital Souissi
Dr. CHAZAOUI Lamine
Pharmacie Al ARHAWIN

$$\underline{\underline{+}} = 1172,90 \text{ DT}$$

Dr Adil EJ-JENNANE

*Dr. Adil Ejjennane
CHIRURGIEN UROLOGUE
280, Bd Bourgogne 1er Et.
Casablanca Tel. 06 18 62 00 63
adil.ejjennane@gmail.com*

280, Bd Bourgogne (1^{er} étage) - Casablanca - Tél.: 05 22 47 40 54/55 - Urgences : 06 18 62 00 63
شارع بوردو - بوربون، (الطابق الأول) الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 47 40 54/55 - المستعجلات : 06 18 62 00 63

E-mail : adil.ejjennane@gmail.com - urologie.bordeaux@outlook.fr

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Tamsulosine Win LP 0,4mg
Gélule B30
P.P.V : 91,60 DH



6 118000 013204

LOT : 23E01
PER : 07/2025

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Tamsulosine Win LP 0,4mg
Gélule B30
P.P.V : 91,60 DH



6 118000 013204

LOT : 23E01
PER : 07/2025

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Tamsulosine Win LP 0,4mg
Gélule B30
P.P.V : 91,60 DH



6 118000 013204

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
PERMIXON 160MG
GELULE B30
P.P.V : 143,30 DH



6 118001 181957

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
PERMIXON 160MG
GELULE B30
P.P.V : 143,30 DH



6 118001 181957

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
PERMIXON 160MG
GELULE B30
P.P.V : 143,30 DH



6 118001 181957

PPV : 1
N° de LOT.: LF32183A
Date d'EXP:

08/2025

PPV : 152 DH 50

DUSTA® 0,5 mg
Dutasteride
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
Dutasteride
30 capsules molles

PROMOPHARM S.A.



6 118001 260935

LOT : LF32183A
PPV : 152 DH 50
PER : 08/25

DUSTA® 0,5 mg
Dutasteride
30 capsules molles
PROMOPHARM S.A.

6 118001 260935