

## 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

N° W19-535967

2005 32603

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

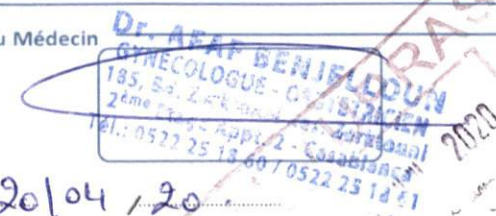
☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12605 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : OUALI ALAA  
 Date de naissance : 09-02-1988  
 Adresse : Angle rue des colonnes RB ALAA n°4 Ferme bretonne Casablanca  
 Tél. : 0660094477 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/04/20  
 Nom et prénom du malade : LAOUINA "Chaima" Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Algies pelviennes  
 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 : Cas Le : 29/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

9/1

# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 20/04/20        | G + Ech.          |                       | 500,04                          | 10/07/2020   |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| Pharmacie VITA SARLAU<br>Tél: 05 22 98 43 63<br>Fax: 05 22 98 44 63<br>Pharmacie VITA SARLAU<br>Tél: 05 22 98 43 63<br>Fax: 05 22 98 44 63<br>Pharmacie VITA SARLAU<br>Tél: 05 22 98 43 63<br>Fax: 05 22 98 44 63 | 20/06/20 | 1255,00               |
|   | 24/04/20 | 335,10                |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laborantin et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|------|------------------------------|------------------------|
|  |      |                              |                        |
|  |      |                              |                        |
|  |      |                              |                        |
|  |      |                              |                        |
|  |      |                              |                        |
|  |      |                              |                        |
|  |      |                              |                        |
|  |      |                              |                        |
|  |      |                              |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | 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 | INP : <input type="text"/>                   |
|----------------------------|---|------------------|-------------|--|
|                            |   |                  |             | 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<br>H<br>25533412 21433552<br>00000000 00000000<br>D 00000000 G 00000000<br>35533411 11433553<br>B<br>(Création, remont, adjonction)<br>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



Docteur Afaf BENJELLOUN

Gynécologue - Obstétricien



الدكتورة عفاف بنجلون

اختصاصية في أمراض النساء و الولادة

Diplômée de la faculté de médecine  
de Casablanca

Ancienne Interne du CHU Ibn Rochd  
Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء  
طبيبة داخلية سابقا بمستشفى ابن رشد  
طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

①

Pharmacie VITA SARL  
TEL: 05 22 25 18 60  
FAX: 05 22 25 18 61  
CASA BLANCA

Casablanca le 20-06-2020

الدار البيضاء في

1169,00 N. Lasour = chancee

Puregon

50 UI



86,00 1 UI 1 J 2 J

Actyl D

200 UI

191 J



Actyl D

PVC : 86,00 DH

DR. AFAF BENJELLOUN  
GYNÉCOLOGUE - OBSTÉTRICIEN  
20330, Bd, Zerkoutouni, Résidence Zerkoutouni - Appt 2 - 2<sup>ème</sup> étage - Maarif - Casablanca - 20330  
Tél. : 05 22 25 18 60 / 05 22 25 18 61 - الهاتف : Fax : 05 22 25 77 02 - الفاكس : E-mail : benjellounaf@yahoo.fr - البريد الإلكتروني

PUREGON 50 UI / 0,5 ml IM ou SC  
Solution injectable  
Boîte de 5 flacons  
AMM N°: 768/15DMP/21/NRQ  
P.P.V. : 1169,00 DH  
Distribué par MSD Maroc



6 118001 100545

Pharmacie VITA SARL  
TEL: 05 22 25 18 60  
FAX: 05 22 25 18 61  
CASA BLANCA

185, شارع الزرقطوني, إقامة الزرقطوني - شقة 2 - الطابق الثاني - المعاريف - الدار البيضاء 20330

185, Bd, Zerkoutouni, Résidence Zerkoutouni - Appt 2 - 2<sup>ème</sup> étage - Maarif - Casablanca - 20330

Tél. : 05 22 25 18 60 / 05 22 25 18 61 - الهاتف : Fax : 05 22 25 77 02 - الفاكس : E-mail : benjellounaf@yahoo.fr - البريد الإلكتروني

Patente : 35760632 - IF : 14403174 - ICE : 001651061000031

Docteur Afaf BENJELLOUN

Gynécologue - Obstétricien



الدكتورة عفاف بنجلون

اختصاصية في أمراض النساء والولادة

Diplômée de la faculté de médecine  
de casablanca  
Ancienne Interne du CHU Ibn Rochd  
Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء  
طبيبة داخلية سابقا بمستشفى ابن رشد  
طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

Casablanca le 26.04.2016 في الدار البيضاء

الحبيب  
chaime

240,10  
- 1000  
117



UTROGESTAN 200 mg.

15 CAPSULES

P.P.V. : 95DH00

Distribué par Promopharm S.A.

900102

Pharmacie VITA - SARLAW  
Tél : 05 22 25 18 61 / 05 22 25 18 61  
Fax : 05 22 25 18 61  
Pharmacie VITA - SARLAW  
185, Bd Zerkouni, Rabat - Maroc - P.A.



VITA

9500  
- Utrogestan 200



260 ut 12 - 1000  
le Suplement - 15 J  
Se 1000  
⊕

335,10

DR. AFAF BENJELLOUN  
GYNÉCOLOGUE - OBSTÉTRICIEN  
185, Bd Zerkouni, Rabat - Maroc  
Tél : 05 22 25 18 61 / 05 22 25 18 61

**OVUL test**

CONTIENT 5 TESTS

LOT : LH20050001

EXP : 02 / 2022

PPC : 240 DH

Docteur Afaf BENJELLOUN

Gynécologue - Obstétricien



الدكتورة عفاف بنجلون

اختصاصية في أمراض النساء والولادة

Diplômée de la faculté de médecine  
de casablanca

Ancienne Interne du CHU Ibn Rochd  
Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء  
طبيبة داخلية سابقا بمستشفى ابن رشد  
طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

Casablanca le 20-05-2012 في الدار البيضاء

Dr. Benjeloun chare

## ÉCHOGRAPHIE PELVIENNE

Utérus de taille et de structure normale

Ligne de vacuité : Vue

Endomètre épaissi à

Ovaires : d'allure

Signature :

DR. AFAF BENJELLOUN  
GYNÉCOLOGUE - OBSTÉTRICIEN  
185, Bd. Zerketouni - Maarif - Casablanca - 20330  
Tél. : 05 22 25 18 60 / 05 22 25 18 61 - Fax : 05 22 25 77 02 - E-mail : benjellounafaf@yahoo.fr

185, شارع الزرقطوني، إقامة الزرقطوني - شقة 2 - الطابق الثاني - المعاريف - الدار البيضاء 20330

185, Bd, Zerketouni, Résidence Zerketouni - Appt 2 - 2<sup>ème</sup> étage - Maarif - Casablanca - 20330

البريد الإلكتروني : E-mail : benjellounafaf@yahoo.fr - الفاكس : 05 22 25 77 02 - الهاتف : 05 22 25 18 61 / 05 22 25 18 60 - Tél. :

Patente : 35760632 - IF : 14403174 - ICE : 001651061000031

Docteur Afaf BENJELLOUN  
Gynécologue - Obstétricien

Diplômée de la faculté de médecine  
de Casablanca  
Ancienne Interne du CHU Ibn Rochd  
Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris



الدكتورة عفاف بنجلون  
اختصاصية في أمراض النساء والولادة

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء  
طبيبة داخلية سابقا بمستشفى ابن رشد  
طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

Casablanca le 20/04/20 ..... الدار البيضاء في

The LAOUMIA Chaima

Facture

G. 200 DH

Ech 300 DH

Total 500 DH

Dr. AF AF BENJELLOUN  
GYNECOLOGUE - OBSTETRICIEN  
185, Bd, Zerkouni - 2<sup>ème</sup> étage - Maarif - Casablanca  
Tél.: 05 22 25 18 60 / 05 22 25 18 61 / 05 22 25 18 61



TOSHIBA

DR BENJELLOUN Afef-Gynecologue

Endocav

20/04/2020  
12:00:53

P100  
0C5  
7.5  
26fps  
DR70  
200  
82



000

TOSHIBA

DR BENJELLOUN Afef-Gynecologue

Endocav

20/04/2020  
12:00:44

P100  
0C5  
7.5  
26fps  
DR70  
200  
82



000



TOSHIBA

DR. BENJELLOUN Afef-Gynecologue

Endocav

20/04/2020

12.01:37

P100

0C5

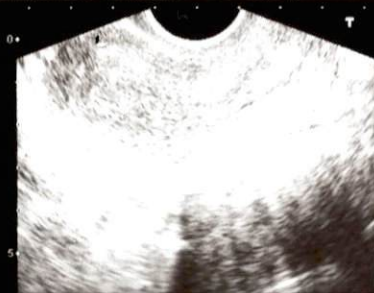
7.5

32fps

DR70

200

82



Dist A 5.1mm

CINE REVIEW ▶



TOSHIBA

DR. BENJELLOUN Afef-Gynecologue

Endocav

20/04/2020

12.01:10

P100

0C5

7.5

32fps

DR70

200

82



Dist A 12.0mm Dist B 9.8mm

CINE REVIEW ▶

