

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Pathologie 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.

## Education :

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.

## Prothésiste :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 canalaires.

## 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

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

N° M20- 0008141

ND: 98456

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8560

Société : RAM RETRAITE

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MJATI BOUAZZA

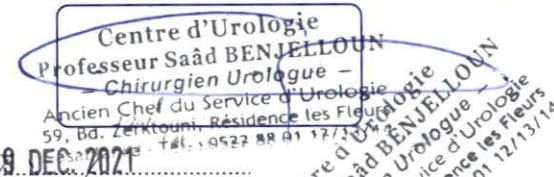
Date de naissance : 10/03/2021

Adresse : OULFA G.R D N°1 CASA  
RUE 109

Tél. : 0522908372 Total des frais engagés : 894,90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29 DEC 2021

Nom et prénom du malade : MJATI BOUAZZA Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Enfant

Nature de la maladie :

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 : CASA

Le : 29/12/2021

Signature de l'adhérent(e) :

## 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
29 DEC. 2021				 

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie TANIA Mr. Bennani Jaafar Bd Oued Sebou - Oulad Casablanca Tunisie 20000 Tunisie	29/12/2021	894,95

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

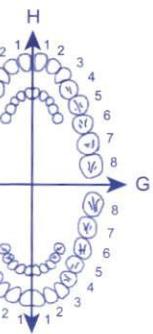
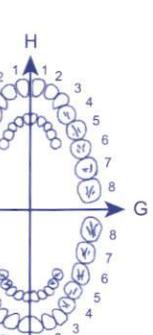
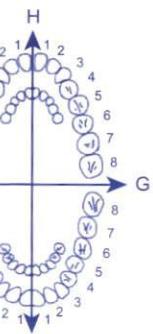
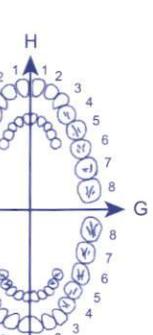
## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'exploration.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX											
				MONTANTS DES SOINS											
				DEBUT D'EXECUTION											
				FIN D'EXECUTION											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	35533411	G	11433553	
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	35533411													
G	11433553														
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX											
				MONTANTS DES SOINS											
				DATE DU DEVIS											
				DATE DE L'EXECUTION											

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

# Centre d'urologie

Pr. Saad Benjelloun

N°I.C.E :001638312000001

29 DEC. 2021

Centre d'Urologie  
Professeur Saâd BENJELLOUN  
- Chirurgien Urologue -  
Ancien Chef du Service d'Urologie  
59, Bd. Zerkouni, Résidence les Fleurs  
Casablanca - Tel. : 0522 88 01 12/13/14

Dr. JATI BOUAZZA.

EGT, - X3

⊗ XATRAL LP (10mg)

TAM  
S.V.

× 3 mois.

ACP - Soir

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
XATRAL LP 10MG CPR B30  
PPV : 267,00 DH  
6 118001 081301

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
XATRAL LP 10MG CPR B30  
PPV : 267,00 DH  
6 118001 081301

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
XATRAL LP 10MG CPR B30  
PPV : 267,00 DH  
6 118001 081301

3A 30 X3

⊗ 24 lorIC (200mg)

TAM  
S.V.

× 3 mois.

ACP - Soir

T. 894,90

Centre d'Urologie  
Professeur Saâd BENJELLOUN  
- Chirurgien Urologue -  
Ancien Chef du Service d'Urologie  
59, Bd. Zerkouni, Résidence les Fleurs  
Casablanca - Tel. : 0522 88 01 12/13/14

®

**Zyloric**

allopurinol

**200 mg**

**28 comprimés**  
Voie orale

LOT  
EXP  
PPV

202072  
09 2024  
31.30

®

**Zyloric**

allopurinol

**200 mg**

**28 comprimés**  
Voie orale

LOT  
EXP  
PPV

202072  
09 2024  
31.30

®

**Zyloric**

allopurinol

**200 mg**

**28 comprimés**  
Voie orale

LOT  
EXP  
PPV

202072  
09 2024  
31.30

**valable 3 mois**

Le ...../...../20.....

## **DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE**

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné : *Professeur*  
- Chirurgien Urologue -  
Ancien Chef du Service d'Urologie -  
Anien Chef du Service d'Urologie -  
Bd. Zerktouni, Résidence les Fleurs  
Casablanca - Tel : 0522 28 01 12/13/14

Certifie que Mlle, Mme *SAAD BENJELLOUN*  
Casablanca - Tel : 0522 28 01 12/13/14

Présente *PROSTATE*

Nécessitant un traitement d'une durée de : *5 ANS (10m)*

Dont ci-joint ordonnance : *240 mg J/37 sin*

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto:reclamation@mupras.com) // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18  
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca