

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

- Reclamation : 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° M21- 065204

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5738 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ZOUMFI MOHAMED

Date de naissance : 31/12/1955 à CASABLANCA

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

Tél. : 0662769233 Total des frais engagés : 2003,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/12/2022

Nom et prénom du malade : ZOUMFI Mohamed Age : 67 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Hypertension artérielle

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 : 07/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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
06/12/22	CS	C2	34200	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/12/2022	1703,40

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 canalaires, 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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

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

الدكتور عادل الجنان

جراحة الكلي و المسالك البولية و التناسلية

رئيس سابقا لمصلحة جراحة الكلي و المسالك
البولية بالمستشفى الجامعي بستراسبورغ
عضو في الجمعية الفرنسية لجراحة المسالك البولية

جراحة بالتنظير
تفتيت الحصى بالأشعة
الأمراض التناسلية و العقم عند الرجال
الفحص بالصدى
الفحص الداخلي بالتنظير
طهارة الأطفال

06/12/2022

Patient: Mr ZOUAFI Mohamed

Date de naissance: 31/12/1955

ORDONNANCE

98.00 x 3 = 294

1. TAMSULOSINE WIN 0,4 mg, gélules

1 gélule le soir pendant 3 mois

153.30 x 6 = 919.80

2. PERMIXON, gélules

2 gélules en une seule prise pendant 3 mois

163.20 x 3 = 489.60

3. DUSTA 0,5 mg, capsules molles

1 capsule par jour pendant 3 mois

t = 1403,40

Pharmacie AL ARHAWINE
Dr GHAZI AOTI Laila
05 22 96 22 50
280 Bd. Bordeaux - Casablanca

Dr Adil EJ-JENNANE

Dr Adil EJ-JENNANE
CHIRURGIEN UROLOGUE
280, Bd. Bordeaux - Bourgogne 1er Etage
Casablanca - Tél: 06 18 62 00 63
adil.ejjennane@gmail.com

280, Bd de Bordeaux - Bourgogne (1^{er} étage) - Casablanca - Tél.: 05 22 47 40 54/55 - Urgences : 06 18 62 00 63
280, شارع بوردو - بورجون، (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

LOT : 21E004
PER : 08 2023

TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30

P.P.V : 98DH00



LOT : 21E004
PER : 08 2023

TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30

P.P.V : 98DH00



LOT : 21E004
PER : 08 2023

TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30

P.P.V : 98DH00



153,30

Permixon 160 mg
30 GÉLULES

6 118001 181957

153,30

Permixon 160 mg
30 GÉLULES

6 118001 181957

153,30

Permixon 160 mg
30 GÉLULES

6 118001 181957

153,30

Permixon 160 mg
30 GÉLULES

6 118001 181957

153,30

Permixon 160 mg
30 GÉLULES

6 118001 181957

153,30

Permixon 160 mg
30 GÉLULES

6 118001 181957

PPV : 163 Dhs 20
N° de LOT.: LF26825C
Date d'EXP: 05/2024

DUSTA® 0,5 mg
Dutasteride
30 capsules molles

PROMOPHARM S.A.

6 118001 260935

PPV : 163 Dhs 20
N° de LOT.: LF26825C
Date d'EXP: 05/2024

DUSTA® 0,5 mg
Dutasteride
30 capsules molles

PROMOPHARM S.A.

6 118001 260935

PPV : 163 Dhs 20
N° de LOT.: LF26825C
Date d'EXP: 05/2024

DUSTA® 0,5 mg
Dutasteride
30 capsules molles

PROMOPHARM S.A.

6 118001 260935