

# 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 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

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° P19-0025465

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 154940 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : SEBTI ABDESAM  
 Date de naissance : 15/08/46  
 Adresse : RUE SOCRATE RESIDENCE ESPACE SOCRATE  
PORTE D. APPT 1 - ETAGE 1. ZAAIR - CAPA  
 Tél. : 05 22 23 62 06 Total des frais engagés : 2991 DH Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**DR. BENCHAKROUNE Nezha**  
Néphrologue  
Centre de Rein Moulay Youssef  
INSEE : 091031690

Date de consultation : 23/03/2023

Nom et prénom du malade : SEBTI ABDESAM Age : .....

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Cancer mélanome

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 : CAH Le : 23/03/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



# 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
23/03/23	CT		465#	<p>DR. BENCHAKROUNE Nezhia</p> <p>Néphrologue</p> <p>Centre du Rein Mustapha Youssef</p> <p>INPE: 091031690</p> <p>DR. BENCHAKROUNE Nezhia</p> <p>Néphrologue</p> <p>Centre du Rein Mustapha Youssef</p> <p>INPE: 091031690</p>
23/03/23	Vie + Honoraires		#16008	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/03/2023	# 1371008

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

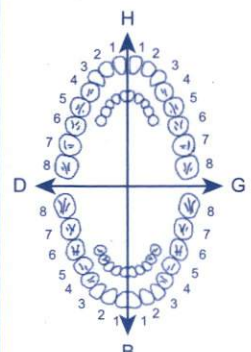
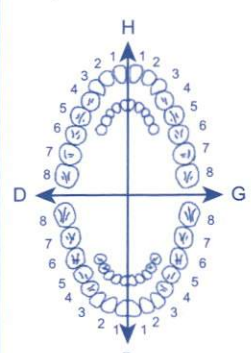
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canaux, 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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <p>H</p> <p>25533412 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 35533411</p> </div> <div> <p>H</p> <p>21433552 00000000</p> <p>G</p> <p>00000000 11433553</p> </div> </div> <p>B</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CENTRE DU REIN

Moulay Youssef

Dr Nezha BENCHAKROUNE  
Néphrologue



مركز الكلى  
مولاي يوسف

الدكتورة نزهة بنشكرون  
اختصاصية في أمراض الكلى وتنقية الدم

CASABLANCA 23/03/2023

MR SEBTI ABDESLAM

FERINJECT 500 mg fer/10 ml

DR. BENCHAKROUNE Nezha  
Néphrologue  
Centre du Rein Moulay Youssef  
N°PE : 091031690

Vérifier l'absence de sédiments avant utilisation  
et respecter la date de péremption.  
La solution doit être diluée dans une solution  
stérile de chlorure de sodium à 0,9% m/v avant  
administration en perfusion intraveineuse.

Utiliser immédiatement après dilution.  
Tenir hors de la portée des enfants.  
A conserver dans l'emballage extérieur d'origine.  
A conserver à une température inférieure à 30°C.  
Ne pas congeler.

Posologie et Mode d'emploi:  
consulter la notice intérieure.

Distribué par  
PROMOPHARM S.A  
Z.I. du Sahel - Had Soualem  
PPV: 1371 DH 00

قبل الاستخدام يجب التأكد من عدم وجود رواسب  
ومن تاريخ انتهاء الصلاحية.  
عند إعطاء الدواء عن طريق التسريب الوريدي يجب تخفيف  
الحلول بمحلول كلوريد الصوديوم 0,9% العقيم.  
يستخدم مباشرة بعد التخفيف.  
يحفظ بعيداً عن متناول الأطفال.  
يحفظ في عبوة الأصلية. يحفظ تحت 30° مئوية.  
احفظ من التجمد.  
الجرعة وطريقة الاستعمال: اقرأ النشرة المرفقة.



Tablette A  
(Liste I)

50 mg iron/ml  
ferinject®

Chaque 1 ml contient:  
Fer sous forme de carboxymaltose  
ferrique 50 mg.

Excipients: Eau pour préparations  
injectables, hydroxyde de sodium, acide  
chlorhydrique.

كل 1 مل يحتوي على:  
حديد (كربوكسي مالتوز الحديد) 50 مغ.  
المواد المساعدة: ماء مع الهيدروكسيد الصوديوم.  
وماء هيدروكلوريك.



6 251065 043257  
ترخيص من شركة أدوية المكدية الأردن  
إنتاج شركة بيسو ألمانيا أو شركة أي دي تي مولوكيا ألمانيا  
تمتلك شركة أدوية المكدية المملوكية الأردن  
توزيع جردوفارو شركة صناعة النسيج الصناعية  
الاسمان - عم سوكو العرب - المنطقة الصناعية

Sous licence de: Hikma pharmaceuticals, Jordanie  
Lieu de fabrication: Bipsa GmbH, Allemagne  
ou IDT Biologika GmbH, Allemagne  
Lieu de conditionnement secondaire:  
Hikma Pharmaceuticals, Al-Mushattah  
Distribué par: PROMOPHARM  
Z.I. du Sahel, Had Soualem

PHARMACIE PARIS  
928, Bd Mohamed VI, CASA  
RC: 351012 P: 36601064  
Tél: 0522 28 41 20

Moulay Youssef Casablanca - Maroc  
Tél: +212 5 22 22 51 89 / +212 6 08 08 80 88 / Fax: +212 5 22 29 51 89  
E.mail: contact@centrerein.com - site: www.centrerein.com



CASABLANCA LE 24/03/2023

**FACTURE N°FC 2303.075**

**ACTE FAIT LE 23/03/2023**

**MR SEBTI ABDESLAM**

A bénéficié d'une :

- Perfusion de ferinject à 400.00 DHS
- Hospitalisation du jour avec monitoring à 600.00 DHS
- Surveillance à 200 dhs
- Honoraire médecin à 400.00 DHS

**TOTAL:1600,00Dhs**

**Arrêtée la présente facture à la somme de mille six cent dirhams.**

**DR. BENCHAKROUNE Nezha**  
Néphrologue  
Centre du Rein Moulay Youssef  
INPE : 091031690





**CASABLANCA LE 23/03/2023**

**RAPPORT MEDICAL**

Nous avons reçu **MR SEBTI ABDESLAM** chez qui nous avons procédé à une perfusion de fer pour une ferritinémie basse, il a reçu une ampoule de fer 500 mg faite sur 1 séance :

- Le 23/03/2023

La perfusion s'est déroulée sans incidents notables.

Bien cordialement

**DR. BENCHAKROUNE Nezha**  
Néphrologue  
Centre du Rein Moulay Youssef  
INPE : 091031690