

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **8560**

Société : **RAM**

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : **AMJATI BOUAZZA**

Date de naissance : **10/03/1972**

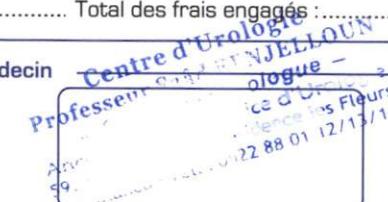
Adresse : **au 00 Rm 109 de la**

Tél. : **066855040**

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **11/11/2023**

Nom et prénom du malade : **78AT** Professeur Saïd BENJELLOUN, Age: .....

Lien de parenté :

Lui-même  Professeur Saïd BENJELLOUN,  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : ..... **prostate**

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 : .....

Le : **11/11/2023**

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
1 JUIL. 2023	S	67		<i>[Handwritten signature over a blue stamp]</i> Centre d'Urologie Professeur SAID BENJELLOUN Chirurgien Urologue - Ancien Chef de Service à l'Hôpital Charles Fléury Ancien Chef de Service à l'Hôpital Sainte Marguerite - Tel : 0322 88 01 12/12/14

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Handwritten signatures and stamps]</i> Dr. BENJELLOUN 2 Bd des Sébastiens - CASABLANCA Tél : 0322 88 01 12/12/14 INPE : 0920 00 00 00	11/12/2023	789,90

## ANALYSES - RADIographies

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

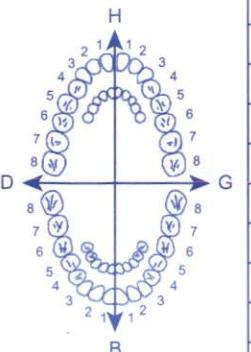
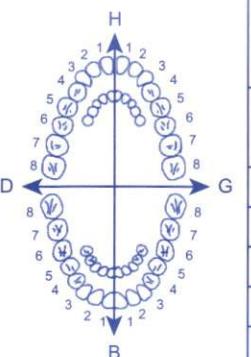
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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
				
				Montants des Soins
				Début d'Execution
				Fin d'Execution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
D	00000000	B	00000000	
B	35533411		11433553	
				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'EXECUTION

~~Pharmacie TAM  
Dr. BENANI Jaafar  
302, Bd Oued Sebou, Oulfa  
CASABLANCA -  
TEL: 05.22.90.18.99~~

26/11/2023

M. Djefti Bouazza

€38,00 x 3

1) XATRAL (10mg) (P)



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1,  
Ain sebâ Casablanca  
XATRAL LP 10MG CPR B30  
PPV : 232,00 DH  
6 118001 081301

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1,  
Ain sebâ Casablanca  
XATRAL LP 10MG CPR B30  
PPV : 232,00 DH  
6 118001 081301

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1,  
Ain sebâ Casablanca  
XATRAL LP 10MG CPR B30  
PPV : 232,00 DH  
6 118001 081301

1 CP - Soin N°878in)

31,30 x 3

2) Eyleonic (200mg)



1 CP 15

1 (878in)

T = 789  
*Pharmacie TAM  
Dr. BENANI Jaafar  
302, Bd Oued Sebou, Oulfa  
CASABLANCA -  
TEL: 05.22.90.18.99*

N° I.C.E : 001638312000001

**Zyloric**<sup>®</sup>

allopurinol

**200 mg**

28 comprimés  
Voie orale

**Zyloric**<sup>®</sup>

allopurinol

**200 mg**

28 comprimés  
Voie orale

**Zyloric**<sup>®</sup>

allopurinol

**200 mg**

28 comprimés  
Voie orale

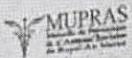
LOT 222655  
EXP 08 2026  
PPV 31.30

LOT 222655  
EXP 08 2026  
PPV 31.30

LOT 222655  
EXP 08 2026  
PPV 31.30

PPV

Pharmacie TAMI  
Dr. BENANI Jaafar  
102, Bd Oued Sebou, Oulad  
- CASABLANCA -  
TEL: 05 22 22 18 00



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6  
MOIS

code : PR2FR04  
Version : 01  
Date : 24/05/2022

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :

N° CIN :

Matriecle :

Adresse :

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

Je soussigne :

N° ICE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée :

Centre d'Urologie  
Professeur Saad BENJELLOUN  
Chirurgien Urologue  
Ancien Chef du Service d'Urologie  
Casablanca - Tel : 0522 88 01 12/13/14

Spécialité :  
N° INPE : 091028192

< 3 mois

Entre 3 & 6 mois

A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

le 11 JUIL 2020

Cachet et signature du médecin traitant :

Centre d'Urologie  
Professeur Saad BENJELLOUN  
Chirurgien Urologue  
Ancien Chef du Service d'Urologie  
Casablanca - Tel : 0522 88 01 12/13/14

\* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 05-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées