

# 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

M22- 0008541

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8560 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : MJATI BOUAZZA  
Date de naissance : 10/03/1972  
Adresse : av. Ben 129  
Tél. : 0662511040 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 11 JUL 2023  
Nom et prénom du malade : MJATI BOUAZZA Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 11/07/2023

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
11 JUL. 2023			47	

Centre d'Urologie  
Professeur SAÏD BENJELLOUN  
Chirurgien Urologue -  
Ancien Chef de Service - 15 Fleurs  
Casablanca - Tél. 0522 88 01 12/13/14

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Dr. BENJELLOUN 02, Bd Oued Sebou, Oufes CASABLANCA - Tél: 092075330	11/7/2023	789,90

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

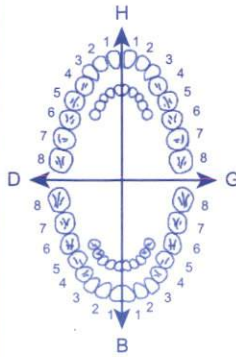
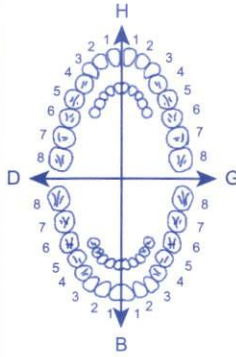
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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																
	<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

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

2e 11/7/20 23

Mn MZAT: BouAZZA

232,00 x 3

1) ARTRAL (10mg) (P) 

1 cp - 3x N870h

31,30 x 3

2) Zylonic (200mg) 

1 cp 15

1 (870h)

1 = 789

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

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

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

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

N° I.C.E : 001638312000001

**Zyloric®**

allopurinol

**200<sub>mg</sub>**

**28 comprimés**  
Voie orale

LOT 222655  
EXP 08 2026  
PPV 31.30

**Zyloric®**

allopurinol

**200<sub>mg</sub>**

**28 comprimés**  
Voie orale

LOT 222655  
EXP 08 2026  
PPV 31.30

**Zyloric®**

allopurinol

**200<sub>mg</sub>**

**28 comprimés**  
Voie orale

LOT 222655  
EXP 08 2026  
PPV 31.30

Pharmacie TAMM  
Dr. BENANI Jaafar  
102, Bd Oued Sebou, Oulfa  
- CASABLANCA -  
Tél: 05 22 00 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 :

Matricule :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Je soussigne :

N° ICE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Partie réservée au médecin traitant

Spécialité :

N° INPE :

Nécessitant un traitement d'une durée :

☐ < 3 mois

☐ Entre 3 et 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 :

Cachet et signature du médecin traitant :

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

\* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi n° 09-99 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées