

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## ptique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.



## Déclaration de Maladie

N° P19- 048910

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8560

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

39116

Nom & Prénom : M-JATTI BOUAFZA

Date de naissance : 10.03.1952

Adresse : 041 F + RUE 109 CP 1

Tel : 0662555640

Total des frais engagés : 894,92 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

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

Cachet du médecin :

Date de consultation : 4/10/2022

Nom et prénom du malade : M-JATTI BOUAFZA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

PROSTATITES

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 06/09/2022

ACCUEIL

## **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
4/9/2020	S	ACT		 <b>Centre d'Urologie</b> <b>Professeur Saâd BENJELLOUN</b> <b>Chirurgien Urologue -</b> <b>Tunis, Service d'Urologie</b> <b>Tunis, Résidence les Fleurs</b> <b>Tél : 0522 88 01 12/13/14</b>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>Bennani Jaafar</b> <b>Oued Sebou - Oulfa</b> <b>CASABLANCA</b> <small>09-18-99</small>	11.09.2000	894.90

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

Diagram illustrating the numbering of teeth in a dental arch. The upper arch (maxilla) has teeth numbered 1 through 8 from left to right. The lower arch (mandible) also has teeth numbered 1 through 8 from left to right. The diagram is oriented with H at the top, G to the right, D to the left, and B at the bottom.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

Diagram H shows a circular arrangement of numbered circles (1-8) around a central circle. The numbers are arranged in a clockwise direction: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. Arrows indicate a clockwise cycle. A horizontal arrow labeled 'D' points left, and a vertical arrow labeled 'B' points down.

#### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



valable 3 mois

Le 4/09/2020

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

M<sup>a</sup> M<sup>me</sup> BOUAFZA

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

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

PROSTATITE

Nécessitant un traitement d'une durée de :

3 mois  
Professeur Saïd BENJELLOUN  
Centre d'Urologie  
Ancien Chef du Service d'Urologie  
Casablanca - Tel : 0522 88 01 12/13/14

Dont ci-joint ordonnance :

(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

Le 4/9/2020

M<sup>r</sup> MIGATI BOUARRA

267, ♂ X 3

(1/8)  
MVI

1) MATINAL (norme)

ACP - 800i

(300i)

31,3 = X 3



2) ZYLOGIC (200mg)

ACP 1 MATIN (300i)

T : 894.90



N°I.C.E :001638312000001

# Xatral® LP 10 mg

alfuzosine/alfuzosin

ie orale/Oral use

omprimés à libération prolongée  
prolonged release tablets

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca

XATRAL LP 10MG CPR B30

PPV : 267,00 DH



6 116001 081301

SANOFI

# Xatral® LP 10 mg

alfuzosine/alfuzosin

ie orale/Oral use

omprimés à libération prolongée  
prolonged release tablets

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca

XATRAL LP 10MG CPR B30

PPV : 267,00 DH



6 116001 081301

SANOFI

# Xatral® LP 10 mg

alfuzosine/alfuzosin

ie orale/Oral use

omprimés à libération prolongée  
prolonged release tablets

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca

XATRAL LP 10MG CPR B30

PPV : 267,00 DH



6 116001 081301

SANOFI

®

Zyloric

allopurinol

200 mg

28 comprimés  
Voie orale

LOT 200374  
EXP 02 2024  
PPV 31.30

31/30



®

Zyloric

allopurinol

200 mg

28 comprimés  
Voie orale

LOT 200374  
EXP 02 2024  
PPV 31.30

31/30



®

Zyloric

allopurinol

200 mg

28 comprimés  
Voie orale

LOT 200374  
EXP 02 2024  
PPV 31.30

31/30

