

# 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

- 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



## Déclaration de Maladie

M22- N° 002605

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6983

Société : EX = R.A.M

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : RAOUFI TAHAR

Date de naissance : 17.07.1954, cas-a

Adresse : ARJ. LAADASSI. RUE 6ème F6. IDRISSI cas-a

Tél. : 06 15 23 64 76 Total des frais engagés : 1594,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20.01.2023

Nom et prénom du malade : RAOUFI tahar

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ 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 : cas-a

Le : 20.01.2023

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22- N° 002605

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 6983

Nom de l'adhérent(e) : TAHAR

Total des frais engagés : 1594,50

Date de dépôt : 20.01.2023



# 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
20/01/2023 V3			300DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Dentiste	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE EL HILAL</b> <b>LABORATOIRES</b> 77, Rue Al Bachir El-Bachir Cité Plateaux - Casablanca Tél: 0522 25 96 06 - ICE: 00151227000001	20/01/23	129450,

# 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	

# VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veillez 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 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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. Khalid TOUABI

CHIRURGIEN UROLOGUE

Maladie du Rein et de l'Appareil Urinaire

Maladie Sexuellement Transmissibles

Stérilité Masculine - Impuissance Sexuelle

Lithotription extra-corporelle

Membre de l'Association Française d'Urologie

Diplômé de l'université de Nice

Sophia-Antipolis ( France )



## الدكتور خالد توابي

اختصاصي في أمراض الكلية  
والمسالك البولية - العقم الجنسي  
الأمراض التناسلية - تفتيت الحصى  
عضو الجمعية الفرنسية  
لأمراض الكلية و المسالك البولية  
خريج كلية الطب بنيس (فرنسا)

Casablanca, Le:

20/01/23

RAOUI

HAAR

160,90 x 6.

IRCHi 300 : 15

109,70 x 3.

CONTIFIO ep

1 ep 15

1294,50.



PHARMACIE EL HILAL  
LAABOUDI Selwa  
17, Rue Al Bachraoui  
Cite Plateaux - Casablanca  
Tél: 05 22 27 19 30 - ICE: 0015137600011

Signature

، زينة الأمير مولاي عبد الله ( فوق إيق روشي ) - دار البيضاء

11, Rue Prince My Abdelleah (au dessus de Yves Rocher) - Casablanca

Tél.: 05 22.27.22.41 / 05 22.27.19.30 : الهاتف - Email : urotk@yahoo.fr : البريد الإلكتروني

Fax : 05 22.27.59.43 : الفاكس

# CONTIFLO<sup>®</sup> 1D

Chlorhydrate de Tamsulosine



**30** Gélules  
à libération  
prolongée

Voie orale

**0.4**

# CONTIFLO<sup>®</sup> 1D

PPV: 1090470

**30** Gélules  
à libération prolongée

Voie orale

**0.4 mg**



# CONTIFLO<sup>®</sup> 1D

Chlorhydrate de Tamsulosine



30 Gélules  
à libération  
prolongée

Voie orale

**0.4 mg**

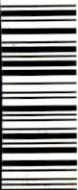
CONTIFLO<sup>®</sup> 1D

PPV: 109DH70

30 Gélules  
à libération prolongée

Voie orale

**0.4 mg**







PPV: 109DH70

**CONTIFLO<sup>®</sup>** 

**0.4 mg**

Vie orale

30 gélules  
à libération prolongée



**CONTIFLO<sup>®</sup>**  **D**  
Chlorhydrate de Tamsulosine

**30 Gélules**  
à libération  
prolongée

Voie orale

**0.4 mg**

# إرفي<sup>®</sup> 300 مغ

إريزارتان

IRPHI 300 mg

30 Comprimés



30 قرصا



6 118000 051268



معهد الصيدلة

LOT : 066

PER : AUT 2025

PPV : 160 DH 90

# إرفي<sup>®</sup> 300 مغ

إريزارتان

IRPHI 300 mg

30 Comprimés



30 قرصا



6 118000 051268



معهد الصيدلة

LOT : 066

PER : AUT 2025

PPV : 160 DH 90



# إرفي<sup>®</sup> 300 مغ

إريزارتان

IRPHI 300 mg

30 Comprimés



30 قرصا



6 118000 051268



معهد الصيدلة

LOT : 066

PER : AUT 2025

PPV : 160 DH 90

# إرفي<sup>®</sup> 300 مغ

إريزارتان

IRPHI 300 mg

30 Comprimés



30 قرصا



6 118000 051268



معهد الصيدلة

LOT : 066

PER : AUT 2025

PPV : 160 DH 90

# إرفي<sup>®</sup> 300 مغ

إريزارتان

IRPHI 300 mg

30 Comprimés



30 قرصا



6 118000 051268



معهد الصيدلة

LOT : 066

PER : AUT 2025

PPV : 160 DH 90

# إرفي<sup>®</sup> 300 مغ

إريزارتان

IRPHI 300 mg

30 Comprimés



30 قرصا



6 118000 051268



معهد الصيدلة

LOT : 066

PER : AUT 2025

PPV : 160 DH 90