

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-661790

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : .....  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....  
 Nom & Prénom : **BENNIS Abdelham**  
 Date de naissance : **04-02-1950**  
 Adresse : **34, Route AZEMLAIAH Residence**  
**Yasmine CASA**  
 Tél. : **0661 196048** Total des frais engagés : **700,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Professeur Abdennabi JOUAL**  
Chirurgien Urologue  
416, Bd Abdelmoumen, Imm A, N°3  
Casablanca - Tél. 0522 98 98 12/22  
Fax 0522 98 98 22

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : **BENNIS - JOUAL** Age : .....

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

Nature de la maladie : .....

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 : **Casablanca** Le : **19/06/2023**

Signature de l'adhérent(e) : .....

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
2006 2-23	CS Soit	02	700DH	INP : 10911637687 Professeur Abdennabi Jobal Chirurgien Urologue 446, Bd Abdelmoumen Imm A, N°3 Casablanca Tel: 0522 98 98 12/22 Fax: 0522 98 98 22

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

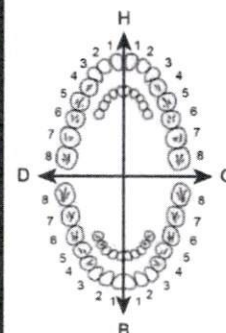
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

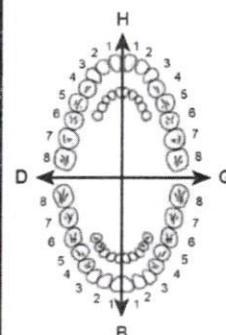
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

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

## Professeur Abdennabi JOUAL

Chirurgien Urologue Andrologue

Ancien Professeur d'Urologie à la Faculté  
de Médecine de Casablanca

Ancien Président de l'Association  
Marocaine d'Urologie

Membre de l'Association  
Européenne d'Urologie



Cabinet d'Urologie  
Professeur Joual

عيادة أمراض المسالك البولية  
الأستاذ أجوال

## الدكتور عبد النبي أجوال

إختصاصي في أمراض و جراحة الكلي  
و المسالك البولية و التناسلية

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

رئيس سابق للجمعية المغربية  
لجراحة المسالك البولية

عضو بالجمعية الأوروبية  
لجراحة المسالك البولية

Casa, le : 08-06-2022

### NOTE D'HONORAIRES

Je soussigné, Professeur JOUAL Abdennabi, certifie avoir reçu

de Monsieur BENNIS Abdeslam la somme

de SEPT CENT dirhams (700 dirhams) concernant l'acte suivant :

- 300 CONSULTATION
- 400 DEBITMETRIE

Fait pour servir et valoir ce que droit.

Professeur JOUAL Abdennabi

Professeur Abdennabi JOUAL

Chirurgien Urologue  
416, Bd Abdelmoumen, Imm A, N°3  
Casablanca. Tél. 0522 98 98 12/22  
Fax 0522 98 98 22

Patient: BENNIS, ABDESLAM  
Médecin: PR JOUAL ABDENNABI  
Laborie Medical

Sexe: Homme  
Date/Naiss.:  
Age:

N° Patient:  
Nom d'Examen: Débitmétrie Initiale

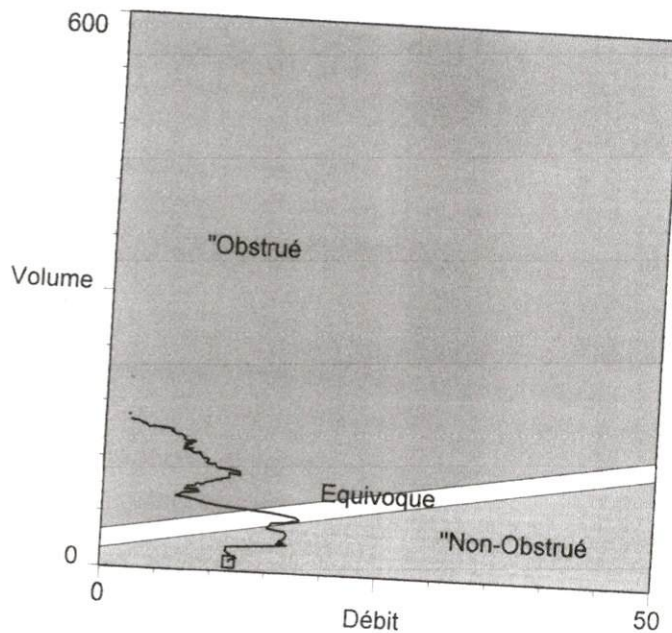
Fichier:  
Version: 12 Rel 0  
Temps: 18:09:10

Date: 08/06/2023

**Sommaire des Evénements (\* = Déplacer événement)**

Annotation	Temps	Débit	Volume
Début debimetrie	21.3	0	-1
Maximum	26.3	18	79
Débit Max.	26.3	18	79
Fin debimetrie	38.4	0	177
Volume Max.	44.6	0	178

Nomogramme URA



BENNIS, ABDESLAM

Fichier:

Type d'Examen: Débitmétrie Initiale

08/06/2023

18:09:10



0

10

20

Debut debimétrie

Maximum

30

Fin debimétrie

40

50

50

0

18

0

50

-1

79

177

0  
600

0  
600

Volume  
(ml)

0