

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

- 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- 0011483

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 451 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ROUISSI TAHHA
Date de naissance : 1/1/1951
Adresse : 10 ALLE D'ANDROMÈDE RES. DU PALAIS
ETG 1 APAT3
Tél. : 0637926793 Total des frais engagés : 1228,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age : / /

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

Nature de la maladie : Infection Urinaire

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 : Casa Le : 21 / 06 / 23

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
15/06/2023	G		300 DH	
13/06/2023	G			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/06/23	499,00
	13/06/23	429,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

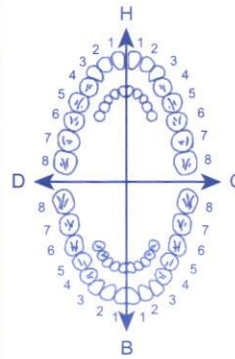
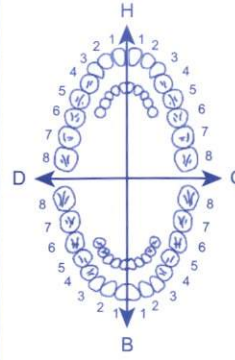
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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>H</td> <td>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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	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

Dr. SAADALLAH Khalid
Chirurgien urologue

Cœliochirurgie urologique
Chirurgie urologique adulte et enfant
Cancérologie urologique
Chirurgie de l'incontinence urinaire
Traitement de la prostate par laser Green Light
Traitement des calculs urinaires au laser Holmium
Enurésie chez l'enfant
Circoncision masculine - AMP
Impuissance sexuelle
Chirurgie des hernies chez l'adulte et l'enfant

الدكتور سعد الله خالد
جراحة الكلي والمسالك البولية والتناسلية
عضو الجمعية الأوروبية والفرنسية لجراحة الكلي
فحص وجراحة الكلي والمسالك البولية بالمنظار
للکبار والأطفال
تفتيت حصي الكلي والمسالك البولية
بأشعة الليزر
جراحة البروستات بأشعة غرين لايت
علاج العقم والعجز الجنسي عند الرجال
علاج الأمراض التناسلية
علاج التبول اللاإرادي عند الأطفال
جراحة الفتق عند الكبار والأطفال

Casablanca, le : 15/06/2023

Mr Rouissi Taha MAT 451
1) Gent 160 mg 112,00.
2) Avelox 500 mg 139,50 x 2
3) Veca 5 mg 108,00
Total = 499,00



Dr. SAADALLAH Khalid
Chirurgien Urologue
101 Angle Bd Abdelmoumen
& Bd Anoual - CASABLANCA
Tél. 05 22 86 33 99 / 05 22 86 59 91

452, زاوية شارع عبد المومن وشارع أنوال، عمارة عبد المومن ساتنر فوق مقهى المدينة، الطابق الأول رقم 101 - الدار البيضاء
452, Angle Bd. Abdelmoumen et Bd. Anoual - Imm. Abdelmoumen center au-dessus du café El Madina,
Etage N° 101 - Casablanca Tél. : 05 22 86 33 99 - 05 22 86 59 91 - Urgences : 06 62 33 64 36 - 06 61 80 87 64

Rouissi Taha
MAT 451



LOT 451
EXP 08/24
PPV 112DH00



LOT: M0067
EXP: JUL 2024
PPV: 139,50 DH



LOT: M0067
EXP: JUL 2024
PPV: 139,50 DH



LOT: 1673
PER: 01 - 26
P.P.V: 108 DH 00

الدكتور سعد الله خالد

Dr. SAADALLAH Khalid

Chirurgien urologue

جراحة الكلي والمسالك البولية والتناسلية

Cœliochirurgie urologique
Chirurgie urologique adulte et enfant
Cancérologie urologique
Chirurgie de l'incontinence urinaire
Traitement de la prostate par laser Green Light
Traitement des calculs urinaires au laser Holmium
Enurésie chez l'enfant
Circoncision masculine - AMP
Impuissance sexuelle
Chirurgie des hernies chez l'adulte et l'enfant

عضو الجمعية الأوروبية والفرنسية لجراحة الكلي
فحص وجراحة الكلي والمسالك البولية بالمنظار
لل كبار والأطفال
تفتيت حصي الكلي والمسالك البولية
بأشعة الميوز ليزر
جراحة البروستات بأشعة غرين لايت
علاج العقم والعجز الجنسي عند الرجال
علاج الأمراض التناسلية
علاج التبول اللاإرادي عند الأطفال
جراحة الفتق عند الكبار والأطفال

Casablanca, le

15/10/2023

Mme. Rouissi Tahra

SV

280,00

Mme. Rouissi Tahra

1 p / 1 p / 1 p / 1 p

SV

74,80 x 2

1 p / 1 p / 1 p / 1 p

1 p / 1 p / 1 p / 1 p

T = 429,60



452, زاوية شارع عبد المومن وشارع أنوال، عمارة عبد المومن، سائتر فوق مقهى المدينة، الطابق الأول رقم 101 - الدار البيضاء

452, Angle Bd. Abdelmoumen et Bd. Anoual - Imme. Abdelmoumen center au-dessus du café El Madina,

Etage N° 101 - Casablanca Tél. : 05 22 86 33 99 - 05 22 86 33 91 - Urgences : 06 62 33 64 36 - 06 61 80 87 64

MA T 451 Rouissi Tahra

Biotina
Synbiocetual®

SEPCEN® 500 mg
ciprofloxacine
10 comprimés pelliculés



6 118000 230182

SEPCEN® 500 mg
ciprofloxacine
10 comprimés pelliculés



6 118000 230182

LOT: 22111B
EXP: 04/2024
PVC: 280.000M



5 430001 608038

LOT: 05822055
PER: 12/2025
PPV: 24.00 DH

LOT: 05822055
PER: 12/2025
PPV: 24.00 DH