

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Nº W19-582155

167977

Maladie

Dentaire

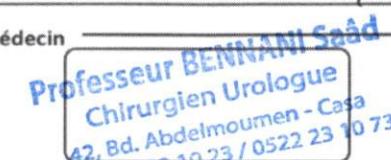
Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)	Matricule :	2161	Société :	ROYAL AIR MAROC
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	RETRAITÉ	
Nom & Prénom :		AOUAD NAJIB		
Date de naissance :		13/04/53		
Adresse :		Habituelle		
Tél. :		0661411411 Total des frais engagés :		
<b>+ 904,40 + Dhs</b>				

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10 JUIL. 2023

Nom et prénom du malade : AOUAD NAJIB 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 : 10/07/23

Signature de l'adhérent(e) :



## **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
10 JUL 2023	C 3		300,50	INP : 49115759 Professeur BENNAI Saad Chirurgien Urologue 42, Bd. Abdellatif - Casa 10/07/2023 / 0522 23 10 77

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/07/23	604,40

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

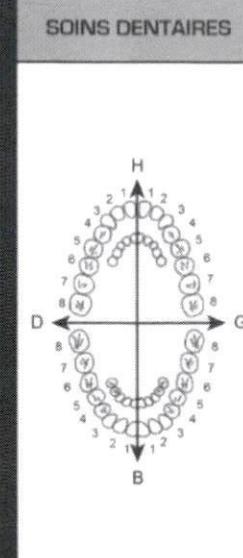
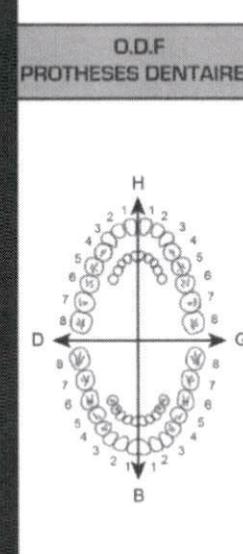
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## **RELEVE 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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																		
				<input type="text"/> CŒFFICIENT DES TRAVAUX																		
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS																		
				<input type="text"/> DÉBUT D'EXÉCUTION																		
				<input type="text"/> FIN D'EXÉCUTION																		
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> CŒFFICIENT DES TRAVAUX																		
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G			<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
D	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																				
B																						
G																						
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS																		
				<input type="text"/> DATE DE L'EXÉCUTION																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

Professeur BENNANI Saâd

Chirurgien Urologue

Membre de l'European Association of Urology  
et de l'Association Française d'Urologie



الدكتور بناني سعد

أستاذ جامعي

جراحة المسالك البولية والقناطرية

عضو الجمعية الأوروبية والفرنسية

لجراحة المسالك البولية والتسلية

Casablanca, le : 10 JUIL. 2023

Mr AOUAD Najib.

LOT 230652  
EXP 12/2024  
PPV 121.40DH

124140 ① UMAX 0,4 mg LP   
 $79,50 \times 2 = 159$  1 cp/j le soir + 1 mois.  
puis ② TERAZOSINE NORITON 5 mg   
 $108 \times 3 = 324$  1 cp/j le soir + 2 mois.  
③ VECA 5 mg   
1 cp/j le matin + 3 mois.  
✓ 604140

PHARMACIE DERB GHALEE  
25. Imm. ERAC Sahloul  
Abdelmoumen - Casablanca  
Tél: 38053 - TP: 34701027

Professeur BENNANI Saâd  
Chirurgien Urologue  
42, Bd. Abdelmoumen - Casablanca  
Tél: 0522 23 10 05 / 0522 23 10 73

LOT : 3192  
PER : 03 - 26  
P.P.V : 108 DH 00

LOT : 12823005  
PER : 03/2026  
PPV : 79,50 DH

LOT : 12823005  
PER : 03/2026  
PPV : 79,50 DH

LOT : 3192  
PER : 03 - 26  
P.P.V : 108 DH 00

LOT : 3192  
PER : 03 - 26  
P.P.V : 108 DH 00

Tenir hors de la portée et de  
pas de préparation particulière

Tenir hors de la portée et de  
pas de préparation particulière

42، شارع عبد المؤمن - إقامة وليلي - الطابق الخامس - الدار البيضاء

42, Boulevard Abdelmoumen - Résidence Walili - 5<sup>ème</sup> étage - Casablanca

Tél.: 05 22 23 10 23 et : 05 22 23 10 73 - GSM : 06 61 16 65 16