

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'I
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

M23-013616

172667

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1952 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Sayouh Driss

Date de naissance : 1948

Adresse : RUE 29 - 187 - OULFA

Tél. : 0673777335 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18, 08, 2023

Nom et prénom du malade : SAYOULH Driss 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A215 / 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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

18/08/2023	V3		300	
------------	----	--	-----	--

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

PHARMACIE BOUKHARI
Dr BELKZIZ BAHIA
Av. Oued Draa Rue 33 N°43.
El Oulfa Tel : 0522 90 12 23 Casa

18.8.23

1009,10

PHARMACIE BOUKHARI
Dr BELKZIZ BAHIA
Av. Oued Draa Rue 33 N°43.
El Oulfa Tel : 0522 90 12 23 Casa

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

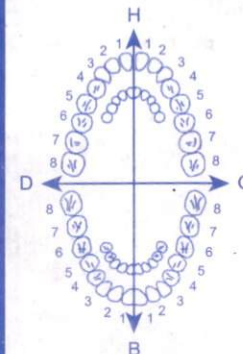
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient


CCEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

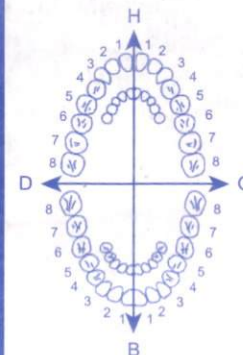
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT
MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
00000000	00000000		
35533411	11433553		

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession


CCEFFICIENT
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

Dr. Khalid TOUABI

CHIRURGIEN UROLOGUE

Maladie du Rein et de l'Appareil Urinaire

Maladie Sexuellement Transmissibles

Stérilité Masculine - Impuissance Sexuelle

Lithotripte 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: 18/08/2023

Sayouh. M'n.

193.10

CONHIA



Amus.

163,20 X 5

1 ep

le sur

rhls

x Dush



Amus.

rhls

1009,10

PHARMACIE BOUKHARI
Dr. BELK7IZ BAHIA
Av. Oued Draa Rue 33 N°43,
El Boula Tel: 0522 90 12 23 Casa

Signature

، زنقة الأمير مولاي عبد الله (فوق إيق روشي) - الدار البيضاء

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

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



Soyez prudent

Ne pas conduire
sans avoir lu la notice



CODE No.: MP/DRUGS/25/24/83

Importé par :

SUN PHARMACEUTICALS MOROCCO LLC

169, avenue Hassan 1er,
20070 Casablanca, Maroc.

Fabriqué par :

SUN PHARMACEUTICAL INDUSTRIES LIMITED
INDE.

Médicament Autorisé N°: 213/14 DMP/21/NNP

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات المخصصة

Tableau A (Liste I)

 **كونتفلو**

كلور هيدرات تامسولوزين

CONTIFLO® OD 0.4mg

Boite de 60 gélules à libération
prolongée
Voie orale



6 118001 300563


SUN
PHARMACEUTICALS
MOROCCO LLC

60 كبسولة
ذات تحرير ممتد
عن طريق الفم

0.4 ملغ



PPV : 163 Dhs 20
N° de LOT: LF30617A
Date d'EXP: 04/2025

DUSTA® 0,5 mg

Dutastéride

30 capsules molles



PROMOPHARM S.A



6 118001 260935

دوستا®
دوتاستيريد

0,5 مغ

عن طريق الفم

30 كبسولة لينة



PPV : 163 Dhs 20
N° de LOT: LF30617A
Date d'EXP: 04/2025

DUSTA® 0,5 mg

Dutastéride

30 capsules molles



PROMOPHARM S.A



6 118001 260935

دوستا®
دوتاستيريد

0,5 مغ

عن طريق الفم

30 كبسولة لينة



PPV : 163 Dhs 20
N° de LOT: LF30617A
Date d'EXP: 04/2025

DUSTA® 0,5 mg

Dutastéride

30 capsules molles



PROMOPHARM S.A



6 118001 260935

دوستا®
دوتاستيريد

0,5 مغ

عن طريق الفم

30 كبسولة لينة



PPV : 163 Dhs 20
N° de LOT: LF30617A
Date d'EXP: 04/2025

DUSTA® 0,5 mg

Dutastéride

30 capsules molles



PROMOPHARM S.A



6 118001 260935

دوستا®
دوتاستيريد

0,5 مغ

عن طريق الفم

30 كبسولة لينة



PPV : 163 Dhs 20
N° de LOT: LF30617A
Date d'EXP: 04/2025

DUSTA® 0,5 mg

Dutastéride

30 capsules molles



PROMOPHARM S.A



6 118001 260935

دوستا®
دوتاستيريد

0,5 مغ

عن طريق الفم

30 كبسولة لينة