

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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-543869

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12731 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MOKASSE HOUSSEM
 Date de naissance : 29-04-1991
 Adresse : QUARTIER ALMAZ- RESIDENCE AMBAR3
 IMM A- APPT 21- CASABLANCA
 Tél : 0661846053 Total des frais engagés : 300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/09/2020
 Nom et prénom du malade : MOKASSE HOUSSEM Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Lithiase rénale
 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) :

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
19/09/20	CS		300,00	Pro INP : 084637022
				416, D. 0522 98 98 12/22
				Casabi 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	

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 canauxaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. BOUJIDA Meryem

Spécialiste en Néphrologie - Hémodialyse
et Transplantation Rénale



الدكتورة بوجيدة مريم

إختصاصية في أمراض الكلى،
تصفية الدم وزرع الكلى

ORDONNANCE

Casablanca, le : 25/06/2020 .

cher confrère ,

Je vous adresse M^{re} HOUSSEM MOKKESSE
âgé de 29 ans qui présentait une
urétéro lypohépatose gauche sur
microcalcul méatique et des
microcalculs rénaux droit un
obstructifs . 3 calcul expulsé avec
à l'écho de contrôle : persistance
d'une discrète ectasie caliciale
du rein gauche au niveau du

groupe supérieur Noyau postérieur

la Bilan : Rééds Normal.

urée = 0,22 créat = 6,92

Ac. urique = 55,2

Ca = 93,45

Ph = 35,63

glycémie à jeun = 0,96

ECBU = leucocyturie - Pas d'HU.
culture stérile.

Emfraternelle

Dr. BOUJIDA MERYEM
Spécialiste en
Néphrologie - Hemodialyse
Tél. 06 15 11 73 15

**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
الاستاذ اجوال

الدكتور
عبد النبي أجوال
إختصاصي في أمراض وجراحة الكلي
والمسالك البولية والتناسلية

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

رئيس سابق للجمعية
المغربية لجراحة المسالك البولية

عضو بالجمعية
الأوروبية لجراحة المسالك البولية

Casa le 10.09.2020

NOTE D'HONORAIRES

Je soussigné, Professeur JOUAL Abdennabi, certifie avoir reçu
de Monsieur MOUKASSE Houssam la somme
de TROIS CENT dirhams (300 dirhams) concernant l'acte suivant :
- CONSULTATION.

Fait pour servir et valoir ce que droit.

Professeur JOUAL Abdennabi

Professeur Abdennabi JOUAL
Chirurgien Urologue
416, P. Moumen, immeuble A, N°3
Casablanca Tél : 05 22 98 98 12
Fax : 05 22 98 98 22