

# 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

- 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° P19- 069134

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 328 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre  
 Nom & Prénom : TAUNOUR Mastoupha  
 Date de naissance :  
 Adresse :  
 Tél. : 0522.504989 Total des frais engagés : 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 :  
 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) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-069134

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :  
 Nom de l'adhérent(e) :  
 Total des frais engagés :  
 Date de dépôt :

# 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.

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 : N° P19-0002228

- Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 328 Société : RAM

Actif       Pensionné(e)       Autre :

Nom & Prénom : TANNOUR Date de naissance : 1.01.1940

Adresse : Hay Inana A Rue 27 N° 31 CASA AIN EL

Tél : 05 22 50 93 89 Total des frais engagés : Neant 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 : HDP

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 : CASA 12/03/20

Signature de l'adhérent(e) : Tannour

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0002228

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 328

Nom de l'adhérent(e) : TANNOUR

Total des frais engagés : 148

Date de dépôt : .....

**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
13/03/20	62		3000	<i>[Signature]</i>
	etc		4000	

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Cachet]</i>	6/3/20	44250

**ANALYSES RADIOGRAPHIQUES**

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	

VOLET ADHERENT

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

**RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

**Important :**

Veillez 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																
				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 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>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H																	
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
		D	G																
00000000		00000000																	
35533411		11433553																	
B																			
[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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**

**Coeliochirurgie urologique**  
**Chirurgie urologique adulte et enfant**  
**Cancerologie urologique**  
**Chirurgie de l'incontinence urinaire**  
**Traitement de la prostate par laser green light**  
**Traitement des calculs urinaires au laser holmium**  
**Enuresie chez l'enfant**  
**Circoncision**  
**Sterilité masculine - AMP**  
**Impuissance sexuelle**  
**Chirurgie des hernies chez l'adulte et l'enfant**

Casablanca, le :

131031

**FACTURE**

**Nom : tanour mustapha**

**CONSULTATION : 300DH**

**ECHOGRAPHIE:400DH**

**الدكتور سعد الله خالد**

**جراحة الكلي**

**و المسالك البولية و التناسلية**

**عضو الجمعية الاوربية و الفرنسية لجراحة الكلي**  
**فحص و جراحة الكلي و المسالك البولية بالمنظار**  
**عند الكبار و الأطفال**  
**تفتيت حصى الكلي و المسالك البولية**  
**بأشعة الميوم ليزر**  
**جراحة البروستات بأشعة غرين لايت**  
**علاج العقم و العجز الجنسي عند الرجال**  
**علاج الأمراض التناسلية**  
**علاج التبول الإرادي عند الأطفال**  
**جراحة الفتق عند الكبار و الأطفال**

Dr SAADALLAH Khalid  
Chirurgien Urologue  
101, Angle Bd Abdelmoumen  
et Bd Anoual - Casablanca  
Tél. 05 22 86 33 99

Dr SAADALLAH Khalid  
Chirurgien Urologue  
101, Angle Bd Abdelmoumen  
et Bd Anoual - Casablanca  
Tél. 05 22 86 33 99

**Dr SAADALLAH Khalid**

**Chirurgien Urologue**

**Coeliouchirurgie urologique**  
**Chirurgie urologique adulte et enfant**  
**Cancerologie urologique**  
**Chirurgie de l'incontinence urinaire**  
**Traitement de la prostate par laser green light**  
**Traitement des calculs urinaires au laser holmium**  
**Enuresie chez l'enfant**  
**Circoncision**  
**Sterilité masculine - AMP**  
**Impuissance sexuelle**  
**Chirurgie des hernies chez l'adulte et l'enfant**

Casablanca, le :

13/10/2020

**Mr tanour mustapha**

**الدكتور سعد الله خالد**

جراحة الكلي

و المسالك البولية و التناسلية

عضو الجمعية الاوربية و الفرنسية لجراحة الكلي  
فحص و جراحة الكلي و المسالك البولية بالمنظار  
عند الكبار و الأطفال  
تفتيت حصي الكلي و المسالك البولية  
بأشعة المييوم ليزر  
جراحة البروستات بأشعة غرين لايت  
علاج العقم و العجز الجنسي عند الرجال  
علاج الأمراض التناسلية  
علاج التبول الإرادي عند الأطفال  
جراحة الفتق عند الكبار و الأطفال

**Compte rendu d'échographie**

**Rein droit : De taille normale, contour régulier**  
**Bonne différenciation cortico-sinusale pas**  
**De dilatation des CPC ni de lithiase**

**Rein gauche : de taille normale, contour régulier**  
**Bonne différenciation cortico-sinusale pas**  
**De dilatation des CPC ni de lithiase**

**Vessie : paroi non épaissie, contenu transonore**  
**Absence de résidu post mictionnel.**

Dr SAADALLAH Khalid  
Chirurgien Urologue  
101 Angle Bd. Abdelmoumen  
et Bd. Anoual - Casablanca  
Tél: 05 22 86 33 99