

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

N° P19- 069131

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 328 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TANNOUR Mostafa

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 05 22 50 63 89 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° P19-069131

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](mailto:contact@mupras.com)
- 0 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- 0 Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)

## Déclaration de Maladie : N° P19-0002228

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 328 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Régent  
 Nom & Prénom : TAMMOUR TASTAF Date de naissance : 1-1-1940  
 Adresse : 404 inara 1 Rue 25 N° 31 CASA A. W. Chakr  
 Tél. 05 22 20 43 89 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : TAMMOUR TASTAF Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : H.B.P.

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 : 26/1/2020  
 Signature de l'adhérent(e) :

## 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) : TAMMOUR  
 Total des frais engagés : 10000  
 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
06.03.2020	Ehw		4.80	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	6/3/20	442-70

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	6/3/20		

# 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 :

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																				
				MONTANTS DES SOINS																				
				DEBUT D'EXECUTION																				
				FIN D'EXECUTION																				
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																							
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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 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 :

06.03.2020

M. TANNOUT MOSSAFA

aut. 10 x 3 = 442.10

S.M.

IPROST 10 mg

100 de 501 pds 3 mois

**IPOST LP 10 mg**

30 comprimés à libération prolongée

P.P.V : 147,50DH



6 118001 071548

**IPOST LP 10 mg**

30 comprimés à libération prolongée

P.P.V : 147,50DH



6 118001 071548

**IPOST LP 10 mg**

30 comprimés à libération prolongée

P.P.V : 147,50DH



6 118001 071548

452, زاوية شارع عبد المومن و شارع أنوال عمارة عبد المومن سانتر فوق مقهى سيران الطابق الأول رقم 101 - الدار البيضاء.

452 Angle Bd. Abdelmoumen et Bd. Anoual - Res. Abdelmoumen centre au dessus du café seazen,

1<sup>er</sup> étage N° 101 - Casablanca Tél : 05 22 86 33 99 - 05 22 86 59 91 - Urgence : 06 62 33 64 36 - 06 61 80 87 64



**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 :

06.02.2020

**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

**FACTURE**

**Nom : tannour mostafa**

**CONSULTATION : 200DH**

**ECHOGRAPHIE:400DH**

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

452, زاوية شارع عبد المومن و شارع أنوال عمارة عبد المومن سانتر فوق مقهى سيزان الطابق الأول رقم 101 - الدار البيضاء.

452 Angle Bd. Abdelmoumen et Bd. Anoual - Res. Abdelmoumen centre au dessus du café seazen,

1<sup>er</sup> étage N° 101 - Casablanca Tél. : 05 22 86 33 99 - 05 22 86 59 91 - Urgence : 06 62 33 64 36 - 06 61 80 87 64

**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 :

06.03.2020

**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 والأطفال**

**MR tannour mostafa**

**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  
101 Angle Bd. Abdelmoumen  
452 Angle Bd. Anoual - Res. Abdelmoumen  
Casablanca  
05 22 86 33 99

452, زاوية شارع عبد المومن و شارع أنوال عمارة عبد المومن سانتر فوق مقهى سيزان الطابق الأول رقم 101 - الدار البيضاء,

452 Angle Bd. Abdelmoumen et Bd. Anoual - Res. Abdelmoumen centre au dessus du café seazen,

1<sup>er</sup> étage N° 101 - Casablanca Tél. : 05 22 86 33 99 - 05 22 86 59 91 - Urgence : 06 62 33 64 36 - 06 61 80 87 64