

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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° M20- 0000639

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1281 Société : Retraite

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENDOUH ABDELHAZIZ

Date de naissance : 07/09/49

Adresse : 0645 114940

Tél. : Total des frais engagés : 300DH + 129/40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Mostafa ELMCHERQUI**  
CHIRURGIEN UROLOGUE  
82, Bd. Victor Hugo - Casablanca  
Tél : 05 22 44 56 48 / 05 27 16 71 76 - Fax : 05 22 44 56 48  
06 64 19 13 19 / 06 61 19 13 06  
email: elmcherqui\_uro@yahoo.fr

Date de consultation : 13/01/2021

Nom et prénom du malade : Bendaoud Abdelaziz Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Prostatisme

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) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 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
13/10/21	CS		300 dh	<p><i>Dr. Mostafa ELMCHERQUI</i>            CHIRURGIEN UROLOGUE            82, Bd. Victor Hugo - Casablanca            Tél: 05 22 44 56 48 / 05 21 16 71 76 - Fax: 05 22 44 56 48            06 64 19 13 79 / 06 61 19 15 06            email: elmcherqui_uro@yahoo.fr</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date
13/1/2023	Montant de la Facture
17246	

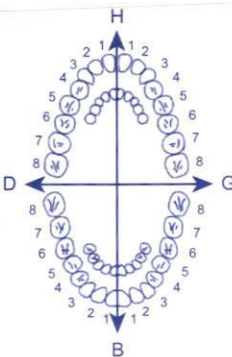
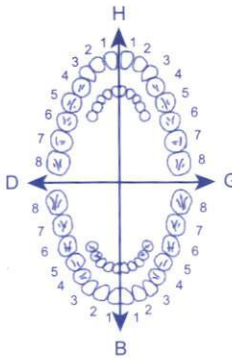
[illegible][illegible]

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				Coefficient DES TRAVAUX

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Centre d'UROLOGIE ET DE PELVI-PÉRINEOLOGIE EL MCHERQUI  
مركز جراحة المسالك البولية و الحوض

- \*Chirurgien urologue et lithotripsie extracorporelle
- \*Exploration urodynamique et manométrie anorectale
- \*Prise en charge de l'incontinence urinaire et des prolapsus génito-urinaires
- \*Prise en charge de la douleur pelvi-périnéale et de la névralgie pudendale
- \*Syndrome douloureux vésicale
- \*Chirurgie laparoscopique et vaginale
- \*Andrologie
- \*Procréation médicalement assistée

- \* جراحة المسالك البولية و تفتيت الحصى
- \* التشخيص التحوي للتيبول و ضغط المخرج بالتخطيط الإلكتروني
- \* التحول المدمج للسلس البولي و سلس المخرج و انزلاق الرحم و المثانة
- \* تحمل آلام الحوض و أمراض عصب الشان الداخلي
- \* جراحة المهبل
- \* جراحة الحوض و بالمنظار

Casablanca le :

13.01.2009

الدار البيضاء في :

Dr. Mostafa ELMCHERQUI  
CHIRURGIEN UROLOGUE  
82, Bd. Victor Hugo - Casablanca  
Tél: 05 22 44 56 48 / 05 27 16 71 76 - Fax: 05 22 44 56 48  
06 64 19 13 19 / 06 61 19 15 06  
email: elmcherqui\_uro@yahoo.fr

Handwritten notes and signatures in blue ink, including 'Urosta' and various dates and times.

PHARMACIE IFM  
7 Imm. Wafarank Angle Rue Ifni  
et Bd. Med VI - Casablanca  
Tél & Fax: 05 22 44 94 66

Dr. Mostafa ELMCHERQUI  
CHIRURGIEN UROLOGUE  
82, Bd. Victor Hugo - Casablanca  
Tél: 05 22 44 56 48 / 05 27 16 71 76 - Fax: 05 22 44 56 48  
06 64 19 13 19 / 06 61 19 15 06  
email: elmcherqui\_uro@yahoo.fr

CONTIFLO<sup>®</sup> 

PPV: 109DH70

30 tablettes  
à libération prolongée  
Vandazole  
0.4 mg



PPV 62DH70  
PER 11/23  
LOT J3039

5270

