

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 - Tel : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W19-557919

66564

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06446 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :

Nom & Prénom : ENNEHAS FOUAD

Date de naissance : 11-06-1963

Adresse : N° C12 CITE LAYA ROUTE D'EL JADIDA CASABLANCA

Tél. : 0664350290 Total des frais engagés : #3621,00# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/04/21

Nom et prénom du malade : ENNEHAS FOUAD Age : 57ans

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

Nature de la maladie : TROUBLES UROLOGIQUES

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 : CASABLANCA

Le : 05/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :

ENT

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
05/04/21	CS		Actuel	INP: 091148762

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture
PHARMACIE N° 3, Hay Arrahman, Casablanca	2781,10

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	XC	MI	IV
Signé: BARAKAT	05/04/21				

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []																
				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 colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	(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

عيادة طب وجراحة الكلي والمسالك البولية و التناسلية

Dr. ZEMMOURI Ahmed Adil

Spécialiste
Chirurgien Urologue

Chirurgie des reins

Voies urinaires, Appareil génital, Prostate

Coelioscopie, Traitement des

Calculs urinaires (LEC)

Chirurgie de l'hernie inguino-scrotale

Traitement de L'infertilité Masculine



الدكتور احمد عادل الازموري

اختصاصي في طب

وجراحة الكلي والمسالك البولية

جراحة الكلي، المسالك البولية و التناسلية، البروستات

الجراحة بالمنظار، تفتيت الحصى

جراحة الفتق

علاج العقم عند الرجال

05/04/21

Mr. ENNEITAS

ROUAD

GENTOSYL 160

PPV 270H00
EXP 01/2023
LOT 97048 2

GENTOSYL 160

PPV 270H00
EXP 08/2022
LOT 96034 1

① Triaxor

239.00 x 6

1 EV x 2/1

②

149.00 x 6

Spectrum 200

1 EV x 2/1

③

96.00

Pragol

1 EV x 2/1

Rendez-vous le :

Tél.: 05 22 89 38 37 - Adresse : Appartement
Opération Firdaus Boulevard Oum rabia

PPV 270H00
EXP 12/23
LOT J3683

(1) Gentsyl 160 25

28,90 x 6.

12M / 10 pilt

GENTOSYL 160

PPV 27DH00
EXP 04/2022
LOT 95017 1

GENTOSYL 160

PPV 27DH00
EXP 08/2022
LOT 96034 1

(1) Diprone 1000

14,00

1/2 x 31

GENTOSYL 160

PPV 27DH00
EXP 08/2022
LOT 96034 1

GENTOSYL 160

PPV 27DH00
EXP 08/2022
LOT 96034 1

(6) Contiflo 0,4 25

109,70

1/2 x 25
pilt 1m05

2781,10

Dr. ZEMMOURI Ahmed-Adil
Chirurgien Urologue
Appt 2, 1^{er} Etage Imm D01
Bd. Oum Rabia Oued Casablanca
Tél: 0522 891 111

PHARMACIE NADIR
Sous N° 15000000000000000000
100, d'al Jadida - Casablanca
Tél: 0522 25 09 43

LOT: R-04-6
PER: 10-2023
PPV: 239,00DH

LOT: R-04-6
PER: 10-2023
PPV: 239,00DH

Lot N°:

Exp:

PPV:

LOT: A400284
PER: 05-2022
PPV: 159,00DH

Lot N°:

Exp:

PPV:

LOT: A400284
PER: 05-2022
PPV: 159,00DH

Lot N°:

Exp:

PPV:

LOT: A400284
PER: 05-2022
PPV: 159,00DH

Lot N°:

Exp:

PPV:

LOT: A400284
PER: 05-2022
PPV: 159,00DH

LOT: R-04-6
PER: 10-2023
PPV: 239,00DH

Lot N°:

Exp:

PPV:

LOT: A400284
PER: 05-2022
PPV: 159,00DH

LOT: R-04-6
PER: 10-2023
PPV: 239,00DH

PPV: 96DH00
PER: 05/23
LOT: J2230-1

Lot N°:

Exp:

PPV:

LOT: A400284
PER: 05-2022
PPV: 159,00DH

CONTIFLO[®] 0.4

PPV: 109DH70

30 Gélules
à libération prolongée

0.4 mg

LOT: R-04-6
PER: 10-2023
PPV: 239,00DH

LOT: R-04-6
PER: 10-2023
PPV: 239,00DH

A Casablanca, le 15/04/2021

A

Bénéficiaire
7 Fonds ENNE/45

FACTURE N° 34/2015

Objet: Annuaire des professeurs

DATE	NATURE DES ACTES	MONTANT (DHS)
05/04/2021	<p>Maxim 4g</p> <p>⊕ 06 ZVD x 70 = 420</p> <p>Spectre 200</p> <p>06 ZVD x 70 = 420</p> <p>4 = 70 = 280</p>	<p>420</p> <p>420</p>
MONTANT TOTAL:		840

Arrête la présente facture à la somme de : Heck (au) présente l. de 100

Signature: 