

## 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 (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° W19-550313

69 362

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0592 Société : .....

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : HAJJOU Ahmed

Date de naissance : 15/03/1944

Adresse : Rue Jules Gros cité Calina Bloc 4-5-6

Tél : 0662 884388 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/04/2021

Nom et prénom du malade : HAJJOU Ahmed Age: 77

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

Nature de la maladie : Affection longue durée

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 : 20/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :

48 m. Etage Rond Point, S. Ex  
ence: 061 20 82 14 Fax 022 17 Ex

48-59/88  
ence: 061 20 82 14

Montant de la Facture

Montant de la Facture

S	
Montant des Honoraires	
1	100
2	100
3	100
4	100
5	100
6	100
7	100
8	100
9	100
10	100
11	100
12	100
13	100
14	100
15	100
16	100
17	100
18	100
19	100
20	100
21	100
22	100
23	100
24	100
25	100
26	100
27	100
28	100
29	100
30	100
31	100
32	100
33	100
34	100
35	100
36	100
37	100
38	100
39	100
40	100
41	100
42	100
43	100
44	100
45	100
46	100
47	100
48	100
49	100
50	100
51	100
52	100
53	100
54	100
55	100
56	100
57	100
58	100
59	100
60	100
61	100
62	100
63	100
64	100
65	100
66	100
67	100
68	100
69	100
70	100
71	100
72	100
73	100
74	100
75	100
76	100
77	100
78	100
79	100
80	100
81	100
82	100
83	100
84	100
85	100
86	100
87	100
88	100
89	100
90	100
91	100
92	100
93	100
94	100
95	100
96	100
97	100
98	100
99	100
100	100

S	
Montant des Honoraires	
1	100
2	100
3	100
4	100
5	100
6	100
7	100
8	100
9	100
10	100
11	100
12	100
13	100
14	100
15	100
16	100
17	100
18	100
19	100
20	100
21	100
22	100
23	100
24	100
25	100
26	100
27	100
28	100
29	100
30	100
31	100
32	100
33	100
34	100
35	100
36	100
37	100
38	100
39	100
40	100
41	100
42	100
43	100
44	100
45	100
46	100
47	100
48	100
49	100
50	100
51	100
52	100
53	100
54	100
55	100
56	100
57	100
58	100
59	100
60	100
61	100
62	100
63	100
64	100
65	100
66	100
67	100
68	100
69	100
70	100
71	100
72	100
73	100
74	100
75	100
76	100
77	100
78	100
79	100
80	100
81	100
82	100
83	100
84	100
85	100
86	100
87	100
88	100
89	100
90	100
91	100
92	100
93	100
94	100
95	100
96	100
97	100
98	100
99	100
100	100

		Montant détaillé des Honoraires
M	IV	

		Montant détaillé des Honoraires
M	IV	

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

**Important :**  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

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

**Important :**  
Veuillez 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

INP :

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

**(Création, remont, adjonction)**

Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**





Dr. Mounir CHARIF  
CHEFCHAOUNI  
Chirurgien Urologue  
Ancien Professeur Assistant  
au C.H.U. IBN SINA  
De Rabat  
Ancien Chef de Clinique  
du Groupe Hospitalier  
COCHIN De Paris  
Membre de L'Association  
Française d'Urologie et  
de l'European Association  
of Urology

Casablanca, le 20/04/2021

Mr HAJJOU Ahmed 77 ans

VECA 5 MG

1 CP PAR JOUR, pendant 2 mois

LOT : 6841  
UT. AV : 01-24  
P.P.V : 108 DH 00

LOT : 6841  
UT. AV : 01-24  
P.P.V : 108 DH 00



الدكتور منير شريف  
شفشاوني  
اختصاصي في أمراض  
وجراحة المسالك البولية  
أستاذ مساعد سابقا بالمركز  
الصحي الجامعي ابن سينا  
بالرباط وكوشان بباريز  
عضو بالجمعية الفرنسية  
لأمراض المسالك البولية

صيدلية رويحي  
PHARMACIE ROHI  
Rue Abdelhamid El Mehrez 25 26 10 88  
781 84 Chemin de la Vallée 25 26 10 88

- Urologie Générale/ Circoncision
- Coeliouchirurgie
- Chirurgie des Troubles  
de la Statique pelvipérinéale  
et de l'incontinence Urinaire  
chez la femme
- Cancérologie Urologique
- Andrologie (Stérilité masculine  
et Impuissance - Sexologie)
- Exploration Urodynamique  
du bas appareil urinaire
- Lithotripsie extra-corporelle
- Echographie prostatique  
transrectale

Total

216,00 24

Mod. 1  
Dr. Mounir CHARIF  
Chirurgien Urologue  
1 Rond Point S  
Cité de la Ligue Arabe 2° étage, Appt. n°11 - Casa  
Tél: 0522.48.40.58 - Fax: 0522.48.40.88  
Urgences: 06.61.20.82.14

**Dr. Mounir CHARIF  
CHEFCHAOUNI  
Chirurgien Urologue**

Ancien Professeur Assistant  
au C.H.U. IBN SINA de Rabat  
Ancien Chef de Clinique du Groupe  
Hospitalier COCHIN de Paris  
Membre de L'Association  
Française d'Urologie et  
de l'European Association  
of Urology



الدكتور منير شريف شفشاوني  
اختصاصي في أمراض وجراحة  
المسالك البولية  
أستاذ مساعد سابقا بالمركز الصحي  
الجامعي ابن سينا بالرباط وكوشان بياريز  
عضو بالجمعية الفرنسية والأوروبية  
لأمراض المسالك البولية

Casablanca, le 20/04/2021

**Mr HAJJOU Ahmed**

**Facture : NH 202104/071**

Actes	Montant
Consultation	300,00
<b>Total :</b>	<b>300,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de : **TROIS CENTS DIRHAMS**

ICE : 001632746000030

INP : 091040600

**Dr. Mounir Charif Chefchaouni**  
Chirurgien Urologue  
Rés. Parc Lyautey 1, Rond Point St Exupery  
2ème Etage App. N°11  
Tél 022 48 40 58/88 - Fax 022 48 40 88  
Urgence 06 61 20 82 14 - Casablanca