

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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° M21- 0051893

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00191

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AULADA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

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° M21-051893

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 :



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES												
Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins. Veuillez fournir une facture. 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								
				Montant des soins								
				Début d'exécution								
				Fin d'exécution								
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux								
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
35533411	11433553											
(Creation, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la prothèse			Date du devis									
			Fin de									
<b>VOLET ADHERENT</b> NOM : ..... Mle ..... DECLARATION N° W16-055916 Date de Dépôt ..... Montant engagé ..... Nbre de pièces Jointes ..... Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle												

MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		W16-055916	DATE DE DEPOT ...../...../201...
<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 191	
Nom & Prénom OULADA M'HAMMED			
Fonction Retraite	Phoness 0537205147		
Mail .....			
<b>MEDECIN</b>		Prénom du patient OULADA M'HAMMED	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	Age 90 ans	Date 4/5/21	
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes & circonstances			
S'agit-il d'un accident : Causes & circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
C3		250	
<b>PHARMACIE</b>		Date 5/5/21	
Montant de la facture			
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date 5/5/21	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
372	781,04 DH		
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date 10/5/21	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Frais engagés : 1481,04 DH

**Docteur Haj Ahmed EL ALJ**

**Professeur d'Urologie**

**Ex. professeur à la faculté de Médecine - Rabat**

**Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris**

Prostate, Reins, Vessie, Cancérologie Uro-génitale, Stérilité masculine, impuissance, Lithotripsie  
Calculs des voies urinaires, Echographie, Endoscopie, Circoncision, Adultes et enfants



**الدكتور الحاج أحمد العالج**

**أستاذ جراح**

**اختصاصي في أمراض المسالك البولية**

**أستاذ سابق بكلية الطب - الرياض**

**خريج كلية الطب بباريس - فرنسا**

أمراض و جراحة البروستات، الكلى، المسالك البولية، أمراض وجراحة الجهاز التناسلي و المقم عند الرجل،  
العجز الجنسي، الفحص و العلاج بالمنظار، تقنيات حصى الكلى في المسالك البولية، ختان، كباو و أطفال

Rabat, le 4/5/21.

N Oulada Nhammed

- NFS.

- glycémie avec HbA1c.

- PSA total.

- ECBU.

LABORATOIRE DU MAGHREB  
5, rue Hussein Ier  
Tél: 05 37 26 66 93 / 73 05 09  
Fax: 05 37 26 66 93 - Rabat  
Tél: 05 37 26 66 93 / 73 05 09  
Fax: 05 37 26 66 93 - Rabat

**Dr. Haj Ahmed EL ALJ**  
**Professeur d'Urologie**  
**Chirurgien Urologue**  
2, Rue Ryad, Place Unité Africaine  
Rabat - Tél.: 05 37 26 26 32  
GSM : 06 61 39 40 30

2, Rue Riyad, Place de l'unité Africaine - Hassane - Rabat      زنقة الرياض ساحة الوحدة الإفريقية - حسان - الرياض

(en face pharmacie tour hassan, Agence Crédit du Maroc et BMCI)

البريد الإلكتروني : [haelaj@yahoo.fr](mailto:haelaj@yahoo.fr) - Email : [haelaj@yahoo.fr](mailto:haelaj@yahoo.fr) - المستعجلات : 06 61 39 40 30 - Urgences : 06 61 39 40 30 - الهاتف / الفاكس : 05 37 26 26 32 / Tél/Fax : 05 37 26 26 32

**Docteur Haj Ahmed EL ALJ**

**Professeur d'Urologie**

**Ex. professeur à la faculté de Médecine - Rabat**

**Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris**

Prostate, Reins, Vessie, Cancérologie Uro-génitale, Stérilité masculine, impuissance, Lithotripsie  
Calculs des voies urinaires, Echographie, Endoscopie, Circoncision, Adultes et enfants



**الدكتور الحاج أحمد العالج**

**أستاذ جراح**

**اختصاصي في أمراض المسالك البولية**

**أستاذ سابق بكلية الطب - الرياض**

**خريج كلية الطب بباريس - فرنسا**

أمراض وجراحة البروستات، الكلى، المسالك البولية، أمراض وجراحة الجهاز التناسلي والعقم عند الرجل،  
العجز الجنسي، الفحص والعلاج بالمنظار، تقنيات حصى الكلى في المسالك البولية، ختان، كبر وأطفال

Rabat, le 10/5/21

Aoulada A'hemmed

facture :

Echographie Vésico - Prostatique  
et Rectale 230 450,00

Dr. Haj Ahmed EL ALJ  
Professeur d'Urologie  
Chirurgien Urologue  
2, Rue Ryad, Place Unité Africaine  
Rabat - Tél.: 06 37 26 26 32  
GSM : 06 99 39 40 30

2, Rue Riyad, Place de l'unité Africaine - Hassane - Rabat زنقة الرياض ساحة الوحدة الإفريقية - حسان - الرياض

(en face pharmacie tour hassan, Agence Crédit du Maroc et BMCJ)

البريد الإلكتروني : Email : haelalj@yahoo.fr - المستعجلات : 06 61 39 40 30 - الهاتف / الفاكس : 05 37 26 26 32 - Tél/Fax :





مختبر المغرب  
LABORATOIRE DU MAGHREB  
ANALYSES MEDICALES

Pr A. BENOUDA

Quittance N° :

RGL106449\_21



ID\_Dossier : 22105050010

IPP : 13521

Patient : OULADA MHAMED

Montant : 781.04 dhs

sept cent quatre-vingt-un dirhams et quatre centimes

Paiement : Espèce-Encaissement

Référence : -

Date Paiment : 05/05/2021

Description : Laboratoire

Assurance : PYT-PYT

Cachet du caissier :

Laboratoire du Maghreb  
CAISSE



مختبر المغرب  
LABORATOIRE DU MAGHREB  
ANALYSES MEDICALES

Pr A. BENOUDA

DATE FACTURE

05/05/2021

FACTURE

N° FACTURE

OPR106496\_21

PYT

22105050010

OULADA MHAMED

N°	CODE	ANALYSE	LETTRE	NBRE B	MONTANT
1	ASPU	ASPECT DES URINES	B	0	0.00
2	ATB	TARIFICATION ANTIBIOGRAMM	B	60	80.40
3	BACU	BACTERIOLOGIE URINAIRE	B	90	120.60
4	CRE 1	CREATININE	B	30	40.20
5	CYTU	CYTOLOGIE QUANTITATIVE (U	B	0	0.00
6	F	FORMULE LEUCOCYTAIRE	B	0	0.00
7	GLY 1	GLYCEMIE	B	30	40.20
8	HEG	HEMOGLOBINE GLYQUEE	B	100	134.00
9	N	HEMOGRAMME	B	80	107.20
10	PLA	PLAQUETTES	B	0	0.00
11	PSAT 1	ANTIGENE SPECIFIQUE PROST	B	300	402.00
12	URE 1	UREE	B	30	40.20



Total B : 720

Montant Prélèvement : 11.50

Total Facture : 781.04

Arrêter la présente facture à la somme de : sept cent quatre-vingt-un dirhams et quatre centimes TTC.

LABORATOIRE DU MAGHREB  
5, Rue Hussein 1er  
Tél.: 05 37 72 66 93 / 73 05 09  
Fax : 05 37 73 05 92 - Rabat  
I.N.P 103001921  
02