

# 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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'Hayat  
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- 0001371

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5108 Société : R A M  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BEN SEGHIR Abdelaziz Date de naissance : 09/06/55  
Adresse : Rte Le Palmier 4000 EL Sadida - CAH  
Tél : 0662763049 Total des frais engagés : 492,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Dr. SABRI Rachid  
Chirurgien Prologue  
INPE : 121122295  
Avenue Abou Baker el Kadin Résidence Ahfad  
2ème Etage Appt. N° 6 Sidi Maârouf  
Casablanca - Tél : 05 22 78 00  
Date de consultation : 25/06/2021  
Nom et prénom du malade : BEN SEGHIR Abdelaziz Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Prostatectomie  
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 : 25/06/2021  
Signature de l'adhérent(e) :



# 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
25/06/21	G			Dr. SABRI Rachid Chirurgien Otolaryngologue N° 1422295 Avenue Abou Bakr El Kadiri Résidence Alifad 2ème Etage Appl. N° 6 Sidi Maârouf Casablanca - Tél. 05 22 78 00

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Alifad Route d'El Jadida 400 CASABLANCA Tél. 022 98 86 97 Fax 022 98 24 76	25/06/21	492,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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'

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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>D</td> <td>G</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> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																		
				MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# DR. SABRI RACHID

## CHIRUGIEN UROLOGUE

- Chirurgien et endoscopie des reins et des voies génito-urinaires
- Echographie urologique
- Urodynamique
- Lithotripte extracorporelle
- Stérilité masculine
- Impuissance sexuelle
- Maladie sexuellement transmissibles
- Circoncision, enuresie chez l'enfant

- Membre de l'association Européenne d'Urologie
- Membre de la société Internationale d'Urologie

# الدكتور رشيد صبري

## اختصاصي في أمراض و جراحة الكلي و المسالك البولية و التناسلية



- فحص و جراحة الكلي و المسالك البولية عبر المنظار
- تقنيات بدون جراحة لحصى الكليتين , و المسالك البولية
- العقم و العجز الجنسي عند الرجال , الأمراض التناسلية
- الختان و التبول اللاإرادي عند الأطفال
- الفحص بالصدى (أيكو غرافي)

- عضو في الأوربية للمسالك البولية
- عضو في الجمعية العالمية للمسالك البولية

25/06/2021

Pharmacie El Jadida  
440, CASABLANCA  
Tél: 022 98 88 97 40 98 24 75

BENSEGHIR

AZ EL ARAB

2x87100



Biovanic 500 26 de 7

2x100 1801114



Oxycodone 40 15 de 14

180100 1x100 1801114  
VECA 100



63,90 1x100 1801114  
Bipropfen LP 100



1x100 1801114

Dr. SABRI Rachid  
Chirurgien Urologue  
Avenue Abou Bakr El Kadiri Résidence Al AHFAD au dessus du centre  
Zona Elage Appl. N° 6 Sidi Maarouf  
Casablanca - Tél: 05 22 78 00 00

شارع أبو بكر القادري العمارة (D) سيدي معروف فوق قيسارية باب الخير الطابق الثاني رقم 6  
Avenue Aboubakr El Kadiri - Sidi Maarouf Résidence Al AHFAD au dessus du centre  
commerciale Bab Al Khaire - Immeuble (D) appt N°6 - Casablanca  
Email : racsab.dr@gmail.com - Tél : 05 22 78 00 00

**BioVanic 500 mg**  
7 Comprimés   
Deva Pharmaceutique



6 118000 410065

LOT: M0510  
PER: 03/2023  
PPV: 87,00DH

**BioVanic 500 mg**  
7 Comprimés   
Deva Pharmaceutique



6 118000 410065

LOT: M0510  
PER: 03/2023  
PPV: 87,00DH

LOT 201762  
EXP 06/2023  
PPV 74.10DH

LOT : 6771  
UT. AV : 01-24  
P.P.V : 180 DH 00

**OEDES 40mg**   
14 gélules



6 118000 083191

**Veca® 10 mg**   
Boîte de 30 comprimés  
pelliculés



6 118000 096573

63,90

**Bi-profenid LP 100 mg**  
20 Comprimés sécables



6 118000 061908