

## 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, parodontologie 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horange Casablanca 20000 - Tél. : 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° W21-626563

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

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **RAM**

Matricule : **01421** Société : **RAM**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : **RETANIC MOHAMMED TAL-EDINE**

Nom & Prénom : **RETANIC MOHAMMED TAL-EDINE**

Date de naissance : **25-11-1957**

Adresse : **Résidence 81 Firdaous n°3 15118-1 R.C.O.**

Tél. : **066696673** Total des frais engagés : **409,70** Dhs

### Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin :

**Dr. Mostafa ELMCHERQUI**  
**CHIRURGIEN D'UROLOGIE**  
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

Date de consultation : **14/06/2021**

Nom et prénom du malade : **RETANIC MOHAMMED TAL-EDINE**

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) :

**03/08/2021**

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2013



# 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
17.06.2011		AS		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 email: elmcherqui_uro@yahoo.fr

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/6/21	109.2

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

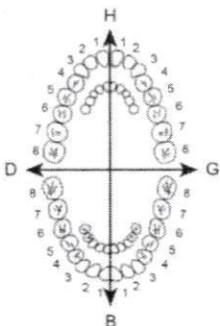
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 l'ODF.

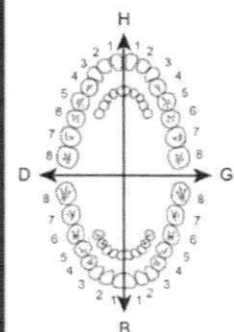
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>									
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>									
					DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>									
					FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>									

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
DATE DU DEVIS <input type="text"/>
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- \*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 وتفتيت الحصى .

\* التشخيص التحولي للتبول وضغط المخرج بالتخطيط الإلكتروني .

\* التحول المدمج للسلس البولي وسلس المخرج وانزلاق الرحم والمثانة .

\* تحمل آلام الحوض وأمراض عصب الشان الداخلي .

\* جراحة المهبل .

\* جراحة الحوض وبالمنظار .

Casablanca le :

الدار البيضاء في :

92 Kettani F. TAJERINE

109.8

Contiflo

100 le ardis

1/1



CONTIFLO

30 gélules à libération prolongée  
Voie orale  
0.4 mg

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: elmchergui\_uro@yahoo.fr

82, شارع فكتور هيكو قرب القصر الملكي ومؤسسة

royal et de l'institut ALFADIL - Tél.: 05 22 44 56 48 / 06 64 19 13 19

40 79 02 - GSM: 06 61 19 15 06 - Casablanca

chergui\_uro@yahoo.fr - Site Web: www.pudendal.ma