

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

cique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

taire :

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.

adie 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

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

Nº M21- 074525

Cgrbls

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6980

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre : Retraité

Nom & Prénom : AIT BASSAU SALAH

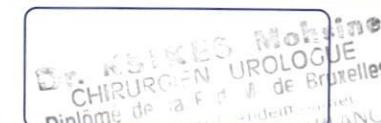
Date de naissance : 1945

Adresse : Résidence EL Khourouma 6, Sidi M. Aaph N°5
CASABLANCA, MAROC

Tél. 06 26 39 25 51 Total des frais engagés : 14 98,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05 NOV 2021

Nom et prénom du malade : AIT BASSAU SALAH

Age:

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Prostatisue

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : Salah



Autorisation CNIDP N° : AA-215 / 2019

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 NOV 2021	1	4	300 DIA	CHU de la ROUSSILLON Signature de la personne chargée de l'attribution des honoraires Date : 08/08/2021

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 HARMAGIE FLORIDA Dr. ZIAZIounia Fournisseur FLORIDA, Lot. 281 Sidi Maârouf - Casa Tunisie Fax : 0522 32 19 59	05.11.21	198,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE 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'ICD.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

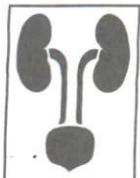
[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Docteur KSIKES Mouhsine
Chirurgien Urologue
Andrologue - Sexologue

Diplômé de la Faculté de Médecine de Bruxelles
Spécialiste des Riens - Prostate - Vessie
Impuissance - Ejaculation Précoce
Stérilité - Lithotripsie - Laser
Expert Assermentation Auprès des Tribunaux



الدكتور كسيكس محسن

خريج كلية الطب ببروكسل
إختصاصي في أمراض وجراحة الكلى
والمسلك البولي والتناسلية
العجز الجنسي - سرعة القذف
العقم - تقوية حصى الكلى
خبر محلف لدى المحاكم

Casablanca, le : 05 NOV 2021

M² AII BA8804

Salah

(+) Antiflo gel 0,4 mg
(100,70 x 4) x 4 mois

(+) Agdurel 60 mg au lit

(+) Finasteride 5 mg x 4 mois

1198,80

PHARMACIE FLORIDA
Dr. ZIAD Mounia
otissement Florida - Casa Lot. 281
Sidi Maârouf - Casablanca
Fax: 0522 32 19 59

223، شارع عبد الله بن عباس، المثلث الأول، رقم 7، الدار البيضاء

06 61 09 88 77 / 05 22 27 33 67 / ABELMOUMEN

Tél : 05 22 27 33 67 / Urgence : 06 61 09 88 77

223, Bd ABDELMOUNEN, 1er Etage Appt 7 Res Reba Abdelmoumen, Quartier des Hôpitaux - Casablanca

CONTIFLO® D

PPV: 109DH70

30 Gélules
à libération prolongée
Voie orale
0.4 mg

CONTIFLO® D

PPV: 109DH70

30 Gélules
à libération prolongée
Voie orale
0.4 mg

CONTIFLO® D

PPV: 109DH70

30 Gélules
à libération prolongée
Voie orale
0.4 mg

CONTIFLO® D

PPV: 109DH70

30 Gélules
à libération prolongée
Voie orale
0.4 mg

Finastéride GT® 5 mg

Voie orale

30 comprimés pelliculés

40
I07
BND
0/0
149
001

7
I07
BND
0/0
149
001



Finastéride GT® 5 mg

Voie orale

30 comprimés pelliculés

40
I07
BND
0/0
149
001

7
I07
BND
0/0
149
001



Finastéride GT® 5 mg

Voie orale

30 comprimés pelliculés

40
I07
BND
0/0
149
001

7
I07
BND
0/0
149
001



Finastéride GT® 5 mg

Voie orale

30 comprimés pelliculés

40
I07
BND
0/0
149
001

7
I07
BND
0/0
149
001

