

# 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.

## Diagnostique 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.

## 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.

## Maladie chronique :

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

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- 074525

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6980 Société : Royal Air Maroc  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité  
Nom & Prénom : AIT BASSOU SALAH  
Date de naissance : 1945  
Adresse : Résidence EL Khouzama 6, Imm 11 Apt n°5 CASABLANCA, Maroc.  
Tél. 06 26 39 25 51 Total des frais engagés : 1498,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Date de consultation : 05 NOV 2021  
Nom et prénom du malade : AIT BASSOU Salah Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Prostatisme  
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.

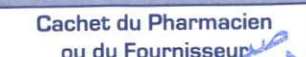
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : / /  
Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible][illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>PHARMACIE FLORIDA Dr. ZIAN Moussa Lotissement Florida, Lot. 287 Sidi Mokrrouf - Casa Fax : 0522 32 19 59</p>	05.11.21	1198,80

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05.11.21	1198,80

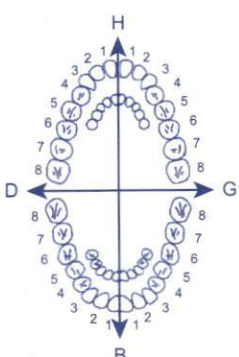
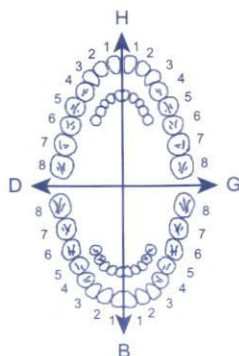
[illegible][illegible][illegible][illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

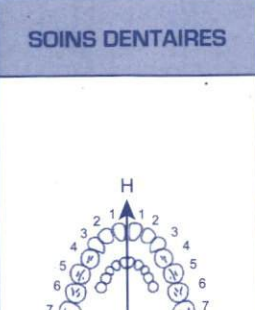
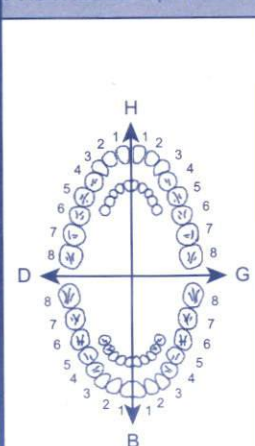
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'occlusion.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>																					
				Montants des Soins <input type="text"/>																					
				Début d'exécution <input type="text"/>																					
				Fin d'exécution <input type="text"/>																					
	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;"></td> <td style="text-align: center; padding: 0 10px;"><b>H</b></td> <td style="padding: 0 10px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;"></td> <td style="text-align: center; padding: 0 10px;">25533412    21433552</td> <td style="padding: 0 10px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;"></td> <td style="text-align: center; padding: 0 10px;">00000000    00000000</td> <td style="padding: 0 10px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 0 10px;"><b>D</b></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;"></td> <td style="text-align: center; padding: 0 10px;"><b>G</b></td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;"></td> <td style="text-align: center; padding: 0 10px;">00000000    00000000</td> <td style="padding: 0 10px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;"></td> <td style="text-align: center; padding: 0 10px;">35533411    11433553</td> <td style="padding: 0 10px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;"></td> <td style="text-align: center; padding: 0 10px;"><b>B</b></td> <td style="padding: 0 10px;"></td> </tr> </table>				<b>H</b>			25533412    21433552			00000000    00000000		<b>D</b>		<b>G</b>		00000000    00000000			35533411    11433553			<b>B</b>		Coefficient des Travaux <input type="text"/>
		<b>H</b>																							
		25533412    21433552																							
		00000000    00000000																							
	<b>D</b>		<b>G</b>																						
		00000000    00000000																							
		35533411    11433553																							
		<b>B</b>																							
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins <input type="text"/>																					
				Date du devis <input type="text"/>																					
			Date de l'exécution <input type="text"/>																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

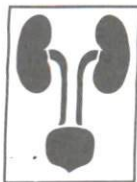
**Important :**

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>  	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <table border="1"> <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>B</td><td></td></tr> </table> </div> </div>				25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																

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 Assermenté Auprès des Tribunaux



**الدكتور كسيكس محسن**

خريج كلية الطب بروكسيل  
 إختصاصي في أمراض وجراحة الكلي  
 و المسالك البولية و التناسلية  
 العجز الجنسي - سرعة القذف  
 العقم - تفتيت حصي الكلي  
 خبير محلف لدى المحاكم

Casablanca, le : **05 NOV 2021**

**M<sup>re</sup> Aït BASSOU**  
**Salah**

**(1) Antiflo felus 0,4 mg** (109,70 x 4)  
**(2) Agelure 1/2 de Snri au lit** x 4 mois  
**(3) Finaotens 5 mg** (190,- x 4)  
**(4) 1 cp 1/2 de matri** x 4 mois  
**1198,80**

**HARMACIE FLORIDA**  
 Dr. ZIAD Mounia  
 otissement Florida - Lot. 281  
 Sidi Maârouf - Casa  
 Tel/Fax : 0522 32 19 59

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

223, شارع عبد المومن، الطابق الأول، رقم 7 إقامة رضي عبد المومن، حي المستشفيات - الدار البيضاء

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

223, Bd ABDELMOUMEN, 1er Etage Appt 7 Rés Reda Abdelmoumen, Quartier des Hôpitaux - Casablanca

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









