

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### ditions 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.

### rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

### liologie 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.

### ique :

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.

### ntaire :

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 caractères 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



# MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° M20- 0007072

102783

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1278 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité

Nom & Prénom : ENNASSIME ABDELLATIF

Date de naissance : 03-10-1949

Adresse : HAY WIFA Lot 712 Derour

Tél. 0693499861 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ENNASSIME ABDELLATIF Age : .....

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : DYS-...

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 : DEROURA


Le : 08/03/2024

Signature de l'adhérent(e) : J. Goup


Autorisation CNDP N° : A-A-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
06/02/22	CS	C2	250DH	
03/02/22	CS	C2	620DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/01/22	528,70DH
	03/02/22	213,20DH

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

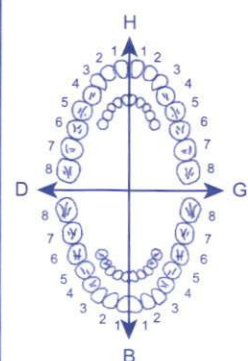
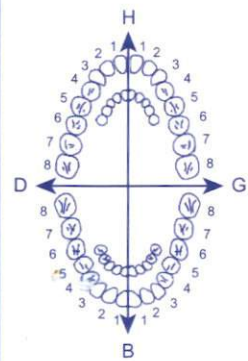
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<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>		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														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



عيادة طب و جراحة الكلي و المسالك البولية و التناسلية

## CABINET D'UROLOGIE

Docteur **Brahim BASFAOU**  
Chirurgien - Urologue

الدكتور ابراهيم بَسْفُو  
اختصاصي في جراحة الكلي و المسالك  
البولية و التناسلية

Le .....

03 FEB 2022

فحص و جراحة المسالك  
البولية عبر المنظار  
تفتيت بدون جراحة لحصى  
الكليتين و المسالك البولية  
العقم و العجز الجنسي  
عند الرجال  
الأمراض التناسلية  
الختان و التبول اللاإرادي  
عند الأطفال  
الفحص بالصدى

ENWASHI

Bellaly

Chirurgie et endoscopie  
des reins et des voies  
genito-Urinaires

Echographie urologique,  
Lithotritie  
extracorporelle

Stérilité masculine,  
impuissance sexuelle

Maladies sexuellement  
transmissibles

60 Comprimés sé

30 Comprime

LOT: 105  
PER: JUL 2023  
PPV: 136 DH 70

LOT: 101  
PER: JUL 2023  
PPV: 76 DH 50

URADOX® 2mg  
60 cps sécables

URADOX® 2mg  
30 cps sécables



6 118000 051107

118000 051114

Brahim BASFAOU  
Chirurgien - Urologue  
Angle Bd Mohammed V et  
Boulevard de la République  
Tél: 05 22 32 75 75

زاوية شارع محمد الخامس وشارع حسان بن ثابت (قرب مسجد الزهراء) -  
Bnou Tabit (près mosquée Zahra) - Berrechid - Tél.: 05 22 32 75 75





عيادة طب و جراحة الكلي و المسالك البولية و التناسلية

## CABINET D'UROLOGIE

Docteur Brahim BASFAOU  
Chirurgien - Urologue

الدكتور ابراهيم بسفو  
اختصاصي في جراحة الكلي و المسالك  
البولية و التناسلية

Le 06 JAN 2022

ENNASSI M - Abdellatif

فحص و جراحة امسالك  
البولية عبر المنظار  
تفتيت بدون جراحة لحصى  
الكليتين و امسالك البولية  
العقم و العجز الجنسي  
عند الرجال  
الأمراض التناسلية  
الختان و التبول اللاارادي  
عند الأطفال  
الفحص بالصدى

Chirurgie et endoscopie  
des reins et des voies  
genito-Urinaires

Echographie urologique,  
Lithotritie  
extracorporelle

Stérilité masculine,  
impuissance sexuelle

Maladies sexuellement  
transmissibles

Circoncision,  
énurésie chez l'enfant

① Floximar 250 (150)  
2x 50, 12-14p x 2j + 20j

② Avodart 1mg cp  
1cp/j midi ou x 30j

76,50  
③ Urodea 250 (150)  
1cp/j 1m au cul.




Dr. Brahim BASFAOU  
Chirurgien - Urologue  
Angle Bd Mohammed V et  
Bd Hassane Bnou Tabit - Berrechid  
Tél: 05 22 32 75 75

3/02/2022 05 22 32 75 75 - الهاتف : - برشيد - (قرب مسجد الزهراء) - برشيد - 05 22 32 75 75  
زاوية شارع محمد الخامس وشارع حسان بن ثابت (قرب مسجد الزهراء) - برشيد - 05 22 32 75 75  
Angle Bd Med V et Bd Hassane Bnou Tabit (près mosquée Zahra) - Berrechid - Tél.: 05 22 32 75 75

PPV :  
Lot N° :  
Exp :  
90,10



PPV :  
Lot N° :  
Exp :  
90,10



**Floximat** 200 mg  
20 comprimés enrobés  
PROMOPHARM S.A.



6 118000 241225

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 272,00 DH



ID: 64779  
6 118001 141654

URADOX® 2mg  
30 cps sécables



6 118000 051107

30 Comprimés

LOT: 104  
PER: JUL 2023  
PPV: 76 DH 50