

# 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 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

MUNAS P19-0047479

RECEPTION 8

☒ 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 : 03/10/49

Adresse : habituelle

Tél. : 0693499861 Total des frais engagés : 25000 + 972 MA Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/06/2022

Nom et prénom du malade : ENNASSIME ABDELLATIF Age :

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

Nature de la maladie : HBP + DC

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 : CMR Le : 20/06/2022


Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



# 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
20/06/22	Cs	Cs	-250-	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/06/22	972,10 D+1

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

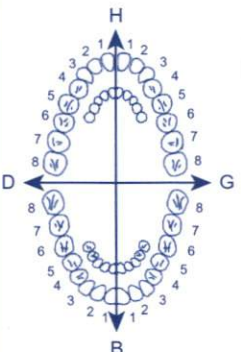
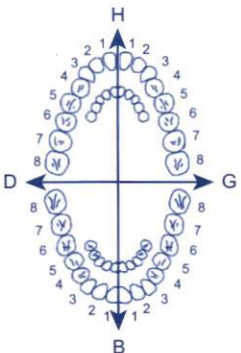
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             H              25533412              00000000              D              00000000              35533411           </div> <div>             21433552              00000000              G              00000000              11433553           </div> </div> B [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

Docteur EZAIDI NABIL

Chirurgien Urologue - Andrologue

Pathologies rénales et prostatiques

Rétention d'urine . Infection urinaires

Dysfonction érectiles . Éjaculation precoce

Enurésie . Circoncision . Hématurie

Douleurs testiculaires



الدكتور الزايدى نبيل

أخصائي في جراحة الكلى و البروستات  
المسالك البولية و التناسلية

- عسر التبول و التقيحات البولية

- الضعف الجنسي و القذف السريع

- غتان الأطفال و التبول اللاإرادي

- حالات وجود الدم في البول

- الام واورام الخصيتين

ORDONNANCE

Berrechid. Le : 26/06/2022

Mr ENNASSIME ABDELLATIF

199,00

1) Viristerone x 1/1 = 1 mois.

3x109,70

2) Contiflo 0,4 mg x 1/1 = 3 mois.

3) Prostacalm x 1/1 = 3 mois.

3x148,00

9727402H



الدكتور الزايدى نبيل  
Chirurgien Urologue - Andrologue  
جراحة الكلى، البروستات  
والجهاز التناسلي  
الربيع الجديد، طريق الطابق الأول، تجزئة تيسير 2 - برشيد

40 شارع عبد الرحيم بوعبيد . الطابق الأول ( قرب إعدادية ابن خلدون )

تجزئة تيسير 2 - برشيد . الهاتف : 05 22 03 05 35



RDV le 20/07/2022



N° AUT. MSP: DA20202010732DMP/UCA/V1  
N° AUT. ONSSA: ES.34.17.20

PROSTACALM DH  
PPC : 148,00 DH  
MCEUTIK



2010732DMP/UCA/V1  
17.20

PROSTACALM DH  
PPC : 148,00 DH  
MCEUTIK



Date d'expiration:

Lot:

1 2 . 2 0 2 4  
L 1 3 0 1 2 1



4 009932 411454

2 0 2 4  
0 1 2 1



4 009932 411454

PPC:199,00 DHS

N° DE LOT:

DATE DE FABRICATION:

À CONSOMMER DE PRÉFÉRENCE AVANT FIN :

078636  
09/2020  
09/2023



N° AUT. MSP: DA20202010732DMP/UCA/V1  
N° AUT. ONSSA: ES.34.17.20

PROSTACALM DH  
PPC : 148,00 DH  
MCEUTIK



Date d'expiration:

Lot:

1 2 . 2 0 2 4  
L 1 3 0 1 2 1



4 009932 411454



6 111260 760079

**CONTIFLO®**

PPV: 1090H70

**CONTIFLO® OD 0.4mg**

Boîte de 30 gélules à libération  
prolongée  
Voie orale



6 118001 300556

**CONTIFLO®**

PPV: 1090H70

30 gélules  
à libération prolongée  
Voie orale

**0.4 mg**

**CONTIFLO® OD 0.4mg**

Boîte de 30 gélules à libération  
prolongée  
Voie orale



6 118001 300556