

# 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

- ☐ 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 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- 074334

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2545

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : JALIL MOHAMED

Date de naissance : 01-01-1953

Adresse : 97 RUE SOCRATE MAARIF CASA

Tél. 0670566416 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

Age :

☐ Enfant

Nature de la maladie : Prostate

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 : 19 02 2022

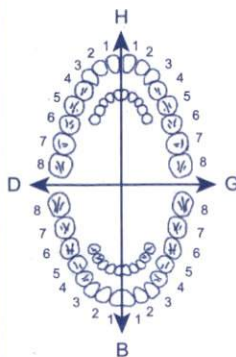
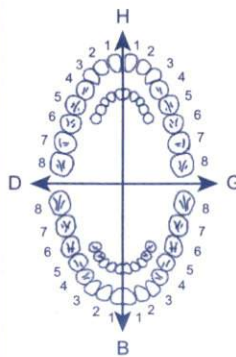
Signature de l'adhérent(e) :



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie KHEMIS ZEMAMHA Mr LAHBABI Abdellatif Av des F.A.R K-Zemamha Tél : 34-60-52	19/07/22	329,10,

[illegible][illegible]

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
					Coefficent des Travaux								
					MONTANTS DES SOINS								
					DEBUT D'EXECUTION								
					FIN D'EXECUTION								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<div><div>H</div><table><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr></table><div><div>D</div><div>G</div></div><table><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr></table><div>B</div></div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		Coefficent des Travaux
	25533412	21433552											
	00000000	00000000											
	00000000	00000000											
	35533411	11433553											
	<div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>				MONTANTS DES SOINS								
					DATE DU DEVIS								
				DATE DE L'EXECUTION									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Khalid TOUABI

CHIRURGIEN UROLOGUE

Maladie du Rein et de l'Appareil Urinaire

Maladie Sexuellement Transmissibles

Stérilité Masculine - Impuissance Sexuelle

Lithotription extra-corporelle

Membre de l'Association Française d'Urologie

Diplômé de l'université de Nice

Sophia-Antipolis ( France )



## الدكتور خالد توابي

اختصاصي في أمراض الكلية  
والمسالك البولية - العقم الجنسي  
الأمراض التناسلية - تفتيت الحصى  
عضو الجمعية الفرنسية  
لأمراض الكلية و المسالك البولية  
خريج كلية الطب بنيس (فرنسا)

Casablanca, Le: 09/07/2022

9. JAL. 7K

0204/12 01/2022



10980 X3 = 329,10

10 00

Pharmacie KHEMIS ZEMAMRA  
Mr LAHBABI Abdellatif  
Av des F.A.R K-Zemamra  
Tél : 34-60-52

Handwritten signature.

Handwritten signature.

زينة الأمير مولاي عبد الله ( فوق إيق روشي ) - الدار البيضاء

11, Rue Prince My Abdelleah (au dessus de Yves Rocher) - Casablanca

البريد الإلكتروني : urotk@yahoo.fr - الهاتف : 05 22.27.22.41 / 05 22.27.19.30

الفاكس : 05 22.27.59.43

 **كونتفلو<sup>®</sup>**

كلور هيدرات تامسولوزين

**CONTIFLO<sup>®</sup> OD 0.4mg**



Boite de 30 gélules à libération  
prolongée  
Voie orale



6 118001 300556



**SUN**  
PHARMACEUTICALS  
MOROCCO LLC

30 كبسولة  
ذات تحرير ممتد  
عن طريق الفم

**0.4 ملغ**

GTIN: 18901296110185

Lot: DFC1016C

EXP.: 02/2023

S.N.: C4A63VNTV6Z



 **كونتفلو<sup>®</sup>**

كلور هيدرات تامسولوزين

**CONTIFLO<sup>®</sup> OD 0.4mg**



Boite de 30 gélules à libération  
prolongée  
Voie orale



**SUN**  
PHARMACEUTICALS  
MOROCCO LLC

30 كبسولة  
ذات تحرير ممتد  
عن طريق الفم

**0.4 ملغ**

GTIN: 18901296110185

Lot: DFC1016C

EXP.: 02/2023

S.N.: C4A63VNTV6Z



 **كونتفلو<sup>®</sup>**

كلور هيدرات تامسولوزين

**CONTIFLO<sup>®</sup> OD 0.4mg**



Boite de 30 gélules à libération  
prolongée  
Voie orale



6 118001 300556



**SUN**  
PHARMACEUTICALS  
MOROCCO LLC

30 كبسولة  
ذات تحرير ممتد  
عن طريق الفم

**0.4** ملغ

GTIN: 18901296110185

Lot: DFC1016C

EXP.: 02/2023

S.N.: C4A63VNTV6Z

