

# 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

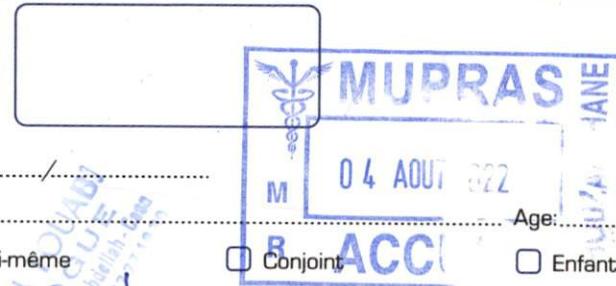
Date de naissance : 01-01-1953

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 : Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  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 07 2022

Signature de l'adhérent(e) :

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
19/07/22	Ya		210	

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

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

**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 :**

Veuillez 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"/>													
	<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>																
	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	B																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
<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'EXECUTION <input type="text"/>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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

Dr. Khalid Touabi

Mr. LAHBABI Abdellatif



Mr. LAHBABI Abdellatif

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

Handwritten signature

Handwritten signature

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

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

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

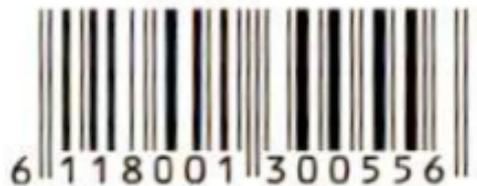
الفاكس : 05 22.27.59.43

 **كونتفلو<sup>®</sup> OD**

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

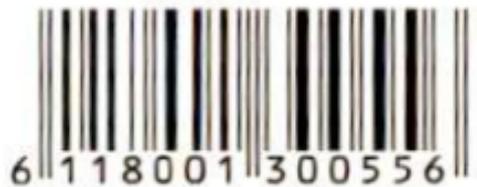


 **كونتفلو<sup>®</sup> OD**

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

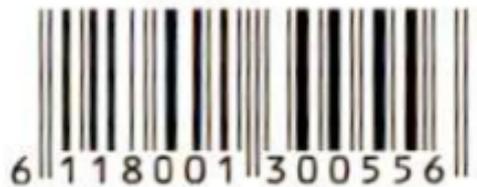


 **كونتفلو<sup>®</sup> OD**

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

