

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-725437

128308

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 293 Société : RAN  
RETRAITE

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre

Nom & Prénom : AZIZ ALLAL

Date de naissance : 1932

Adresse : N° 56 Rue Ask ELULE HAY ARRABAH  
CASA

Tél. : Total des frais engagés : 1024,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Dr. TAHIRI Mohamed  
Chirurgien Urologiste  
الطبيب في امراض الكلى والمسالك البولية  
و انجهاز التناسل للرجال  
Cas : 0669 39 01 72 / 05 22 97 32 78

Date de consultation : 22/08/22

Nom et prénom du malade : AZIZ ALLAL Age : 90 ans

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

Nature de la maladie : Hypertension artérielle

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 : CASA Le : 19/08/22

Signature de l'adhérent(e) : NLE

| 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   |
| 09/07/2022                     | consulte          | 02                    | 720000                          | INF : <br> |

| EXECUTION DES ORDONNANCES  |                   |                       |
|--|-------------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien   | Date              | Montant de la Facture |
| <p>PHARMACIE AHMED ALK</p> <p>BOULEVARD EL ANASSER</p> <p>SARLAU</p> <p>EL EL JOUADI</p> <p>Sidi Maarouf - Casablanca</p> <p>Tél./Fax : 05 22 97 32 16</p> <p>GSM : 06 61 60 54 68</p> | <p>10/07/2022</p> | <p>8 241.00</p>       |

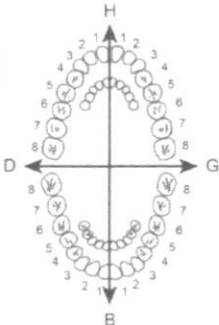
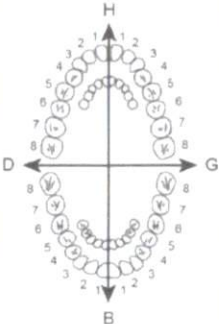
[illegible][illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

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

| SOINS DENTAIRES  | Dents<br>Traitées  | Nature des<br>Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/>                   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|--|--|---------------------|-------------|--|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|---|
|   |  |                     |             | 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.<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                     |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | <table border="1"> <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>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> |                     |             | H  |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
|  | H  |                     |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | 25533412   | 21433552            |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | 00000000   | 00000000            |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | D  | G                   |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | 00000000   | 00000000            |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | 35533411   | 11433553            |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | B  |                     |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                     |             | 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 TAHIRI MOHAMED

Spécialiste : Urologue

Maladies et Chirurgien des Reins et voies urinaires  
(Lithotritie Extra Corporelle, L'Incontinence Urinaire, Prostate)  
& Pathologie de l'Appareil Genital Masculin.  
Consultation avec Echographie

Diplômé en Chirurgie Laparoscopique et Endoscopique  
(Université Victor Segalen Bordeaux II  
et Université Hassan II Casablanca)



الدكتور الطاهري محمد

أخصائي في أمراض وجراحة الكلى

المسالك البولية تقتيت حصى الكلى، السيلان البولي، البروستاتة  
والجهاز التناسلي للرجال الاضطرابات الجنسية والعقم عند الرجال  
الفحص بالصدى

حاصل على دبلوم الجراحة بالانتظار جامعة فيكتور سيغولان بوردو II  
في الدار البيضاء

18/08/2022 في الدار البيضاء

LOT 211325  
EXP 05/2023  
PPV 121.40 DH

EXP 05/2023  
PPV 213.00 DH

AZIZ ALLAL

(121,40 + 213,00)

1) Le ... 0,4 mg (3 semaines)  
Agé x 46 (le ...)

(163,00 x 3)

2) Duster 0,5 mg (3 semaines)  
1 cps x 46 (le ...)

T = 204,00

PPV : 163 Dhs 20

PPV : 163 Dhs 20

PPV : 163 Dhs 20

N° de LOT: LF24830A

Date d'EXP: 10/2023

Dr. TAHIRI Mohamed  
Chirurgien Urologue

أخصائي في أمراض الكلى والمسالك البولية  
والجهاز التناسلي للرجال  
Gsm : 0669 39 01 72 / 05 22 97 32 78