

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- Reclamation : 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° P19- 058911

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00473 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : FANGAR AHMED
 Date de naissance : 01/01/1946
 Adresse : Résidence 32 Mansour AS = B = Ghandi et Jacob 22 Mansour IM 37 APG CASA
 Tél. : 0663295031 Total des frais engagés : 892 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Professeur EL FAKHRI Mohamed
 Chirurgien Urologue
 76, Bd. Abdoumoumen - Casablanca
 77-36-36-Fax:0522 25 80 00
 Date de consultation : 12 DEC 2022
 Nom et prénom du malade : M. FANGAR AHMED Age : 76 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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
 Signature de l'adhérent(e) :

Le : 13/12/2022

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
12 DEC 2022		C3	+ 300 Dh	

12 DEC 2022	C ₃	+300Dh	Professeur EL WASSIL MO Chirurgien Urologue Abdelmoumen - Casablanca 06 25 52 05 22
-------------	----------------	--------	--

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Oued El Kasba S.A.R.L. A.O Régie Bd Ghandi et Yacoub Casablanca Tél: 36 08 06	12/12/22	592,40

12/12/22	592,4
----------	-------

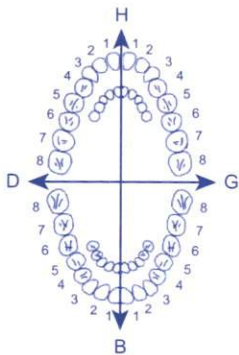
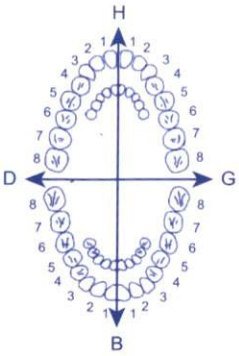
[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

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			
	D 25533412 00000000 00000000 35533411 H 21433552 00000000 00000000 11433553 B G			COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

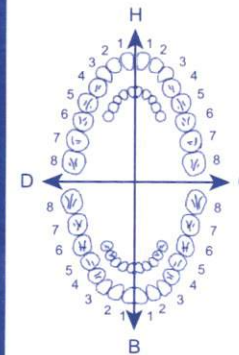
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

						Coefficient des travaux	
						Montants des soins	
						Début d'exécution	
						Fin d'exécution	

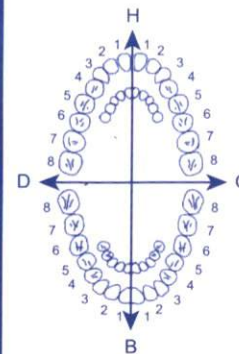
The diagram shows a dental arch with teeth numbered 1 through 8 on each side. The top arch is labeled 'H' at the front and 'D' on the left. The bottom arch is labeled 'B' at the front and 'G' on the right.



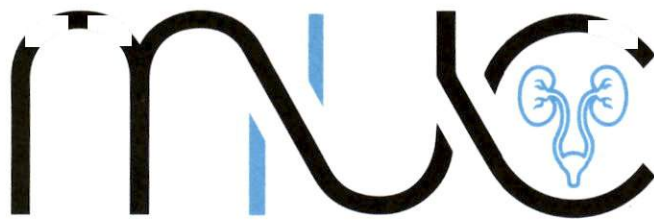
	H <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> </table> B	25533412 00000000	21433552 00000000	00000000 35533411	00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	25533412 00000000	21433552 00000000					
	00000000 35533411	00000000 11433553					
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS					
		DATE DU DEVIS					
	DATE DE L'EXECUTION						

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D		G
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



MERINID
UROLOGY
CENTER

• Endo-urologie • Onco-urologie • Coeliochirurgie
• Pelvi-périnéologie

Casablanca, le 12 DEC. 2022

Pr. EL MRINI Mohammed

Chirurgien Urologue

Membre de la Société Internationale
d'Urologie

melmrini@hotmail.com

Dr. EL MRINI Mohamed

Chirurgien Urologue

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

elmrini_mohamed@hotmail.fr

h Ron son Ahmed

147.60 x 3 $\frac{\text{Fournal}}{\text{by de son a son}}$ (S.V)

74.80 x 2 $\frac{\text{METAFIX 70}}{\text{a u a 24 a 47}}$ (S.V)
552.40



PHARMACIE OULMES CASA
S.A.R.L.A.U
Angle Bd Ghandi et Yacoub
El Mansour - Casablanca
Tél: 0522 36 08 06

Professeur EL MRINI Mohamed
Chirurgien Urologue
76, Bd. Abdalmoumen - Casablanca
Tél: 0522 25 36 36 - Fax: 0522 25 36 36

☎ 05 22 25 36 36 - 05 22 25 88 80 - ☎ 06 97 58 46 60

📍 34.Rue des Courlis, Riviera, Oasis - Casablanca

74180

500 ملغ

10

عشر حبات
مطبوعة

مكشافا كس
سيبروفلو كساسين

عن طريق الفم

AFRIC-PHAR

Megaflux® 500 mg

10 Comprimés pelliculés



6 118000 070610

74180

500 ملغ

10

عشر حبات
مليئة

مكشافا كس
سيبروفلو كساسين

عن طريق الفم

Megaflux® 500 mg ○

10 Comprimés pelliculés



6 118000 070610

AFRIC-PHAR

Alfuzosine chlorhydrate..... 10 mg
Excipient à effet notoire: Lactose
Excipients q.s.p un seul comprimé.

PPV:147 DH 60



**Indications, Contre-indications, Posologie
& Précautions d'emploi :** Lire la notice à l'intérieur...

Aucune condition particulière de conservation.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

بدون شروط معينة للتخزين.
يحفظ بعيدا عن متناول و مراهى الأطفال.

FLOTAL®
Alfuzosine

FLOTAL® 10 mg



30 comprimés à
libération Prolongée
Voie orale



10 mg

**30 Comprimés à
Libération Prolongée
Voie orale**

Alfuzosine chlorhydrate..... 10 mg
Excipient à effet notoire: Lactose
Excipients q.s.p un seul comprimé.

PPV:147 DH 60



**Indications, Contre-indications, Posologie
& Précautions d'emploi :** Lire la notice à l'intérieur...

Aucune condition particulière de conservation.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

بدون شروط معينة للتخزين.
يحفظ بعيدا عن متناول و مراهى الأطفال.

FLOTAL®
Alfuzosine

FLOTAL® 10 mg



30 comprimés à
libération Prolongée
Voie orale



10 mg

**30 Comprimés à
Libération Prolongée
Voie orale**

Alfuzosine chlorhydrate..... 10 mg
Excipient à effet notoire: Lactose
Excipients q.s.p un seul comprimé.

PPV:147 DH 60



**Indications, Contre-indications, Posologie
& Précautions d'emploi :** Lire la notice à l'intérieur...

Aucune condition particulière de conservation.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

بدون شروط معينة للتخزين.
يحفظ بعيدا عن متناول و مراهى الأطفال.

FLOTAL®
Alfuzosine

FLOTAL® 10 mg ○
30 comprimés à
libération Prolongée
Voie orale



10 mg

**30 Comprimés à
Libération Prolongée
Voie orale**