

# 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



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

## Déclaration de Maladie

M23-002223

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7744

Société : 169297

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : FAOUZI NASREDDINE

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/04/23

Nom et prénom du malade : FAOUZI NASREDDINE Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affect Urologie

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
25/04/23	C2	2000		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE L'OPERA Mme. Squad AMOR 82, Rue Mohamed Bahi Casablanca - Tel: 0522.23.11.72	04-05-23	329.10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	25.04.2023	B300.0	427 - 24

# AUXILIAIRES MEDICAUX

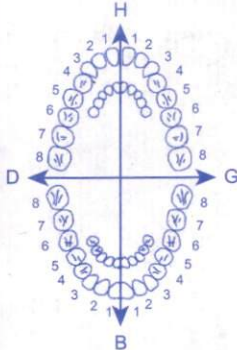
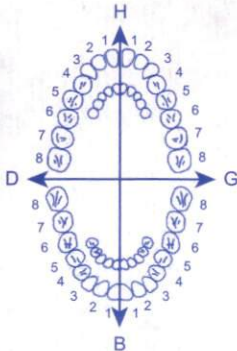
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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 Abdellah LAKMAL

Chirurgien Urologue

Maladies et Chirurgie des Reins, des Voies Urinaires et Génitales

- Explorations et Chirurgie Endoscopique
- Impuissance Sexuelle et Stérilité Masculine
- Maladies Sexuellement Transmissibles
- Circoncision et Enuresie chez l'enfant
- Echographie

Ancien Chirurgien des Hôpitaux Militaires



# الدكتور عبد الله لكمال

طبيب مختص في :

أمراض وجراحة الكلي المسالك البولية والتناسلية

- فحص وجراحة المسالك البولية بالمنظار
- العقم والعجز الجنسي عند الرجل
- الأمراض التناسلية
- الختان والتبول الإرادي عند الطفل
- الفحص بالصدى الصوتي

جراح اختصاصي سابقا بالمستشفيات العسكرية

A Casablanca le : 09/05/23

FAOUZ EL NASR EDDINE

149-7073  
329.10

Contiflo

PHARMACE DE L'OPERA  
Mme. Souad AMOR  
22, Rue Mohamed Bahl  
Casablanca - Tél: 0522 23 11 72

INP: 092046178

CONTIFLO<sup>®</sup> OD

PPV: 109DH70

30 gélules  
à libération prolongée  
Voie orale  
0.4 mg

CONTIFLO<sup>®</sup> OD 0.4mg

Boîte de 30 gélules à libération prolongée  
Voie orale



CONTIFLO<sup>®</sup> OD 0.4mg

Boîte de 30 gélules à libération prolongée  
Voie orale



CONTIFLO<sup>®</sup> OD 0.4mg

Boîte de 30 gélules à libération prolongée  
Voie orale



Dr. Abdellah LAKMAL  
Chirurgien Urologue  
21- Bd El Fida Casablanca  
Tél: 0522 83 37 86

CONTIFLO<sup>®</sup> OD

PPV: 109DH70

30 gélules  
à libération prolongée  
Voie orale  
0.4 mg

291, شارع الفداء - الطابق الأول (أمام قسارية المنجرة) الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 83 37 86

291, Bd El Fida 1er Etage (en face de Kissariat El Manjra) - Casablanca . Tél. : 05 22 83 37 86

CONTIFLO®



PPV: 1090H70

30 Goletes  
à libération prolongée

Voir notice

0.4 g

# Docteur Abdellah LAKMAL

Chirurgien Urologue

Maladies et Chirurgie des Reins, des Voies Urinaires et Génitales

- Explorations et Chirurgie Endoscopique
- Impuissance Sexuelle et Stérilité Masculine
- Maladies Sexuellement Transmissibles
- Circoncision et Enuresie chez l'enfant
- Echographie

Ancien Chirurgien des Hôpitaux Militaires

# الدكتور عبد الله لكمال

طبيب مختص في :

أمراض وجراحة الكلي المسالك البولية والتناسلية

- فحص وجراحة المسالك البولية بالمنظار
- العقم والعجز الجنسي عند الرجل
- الأمراض التناسلية
- الختان والتبول الإرادي عند الطفل
- الفحص بالصدى الصوتي

جراح اختصاصي سابقا بالمستشفيات العسكرية



A Casablanca le :

25/04/23

FAOUZI Nasereddine

8.8.10 Btl

Dr. Abdellah LAKMAL  
Chirurgien Urologue  
291- Bd El Fida 1er Etage - Casablanca  
Tel: 05 22 83 37 86

LABORATOIRE D'ANALYSES  
DE BIOLOGIE MÉDICALE  
Bd ANZARANE - Casa  
117, Bd. Anzarane - Casa  
ICE: 001748386000083  
INPE: 093001196

291, شارع الفداء - الطابق الأول (أمام قسارية المنجرة) الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 83 37 86

291, Bd El Fida 1er Etage (en face de Kissariat El Manjra) - Casablanca . Tél. : 05 22 83 37 86



Prescripteur : . .

Dossier ouvert le : 25-04-2023 13:04

Edité le : 26-04-2023

Réf : 2304251075

Mr. FAOUZI Nasereddine

Page 1 / 1

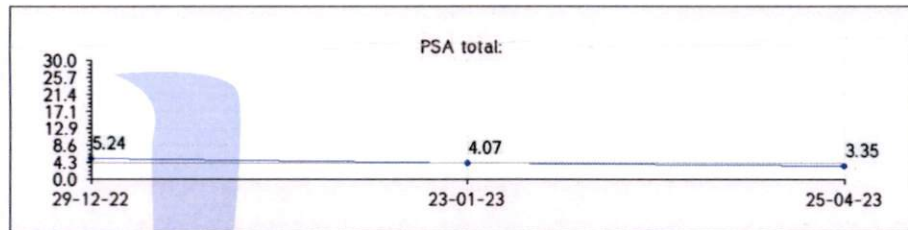
Compte Rendu d'Analyse

Laboratoire certifié AFNOR ISO 9001:2015 N°2 020/85901

## MARQUEURS

PSA total: 3.35 ng/mL (<4.00)

23-01-2023  
4.07



Fin du compte rendu

Biologistes Responsables :  
- Dr. A. AZEDDOUG  
- Dr. N. BAAJ

Laboratoire certifié AFNOR ISO 9001:2015 n°2020/85901

Dossier Validé

Dr A. Azeddoug

Médecin Biologiste



**Laboratoire d'Analyses de Biologie Médicale Bir Anzarane**  
117, Bd Bir Anzarane 20 100 Maarif Casablanca  
Tél : 05 22 99 46 63/ 05 22 25 82 05 Fax : 05 22 98 09 11

ICE : 001748386000083  
Patente : 35870583  
IF : 01006693  
CNSS : 7070999

Compte bancaire : BMCI Casa Normandie  
RIB : 013 780 01802 000329 001 80 48

INPE : 093001196

Casablanca le : 25-04-2023

**Mr. Nasereddine FAOUZI**

FACTURE N°	2304251075
------------	------------

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sang	E25	E
0361	Marqueur Tumoral :Antigene prostatique spécifique : PSA	B300	B

Total de B : 300

TOTAL DOSSIER	427.00 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cent vingt-sept dirhams

LABORATOIRE D'ANALYSES  
DE BIOLOGIE MEDICALE  
BIR ANZARANE  
117 Bd: Bir Anzarane - Casa  
ICE: 001748386000083  
INPE: 093001196