

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

M23-006627

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10022 Société : R. A. M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite 175835
 Nom & Prénom : EDDOUSSI Karim
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : 0664641733 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :




Date de consultation : 11/09/23
 Nom et prénom du malade : EDDOUSSI Karim Age : 1961
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection Urologie
 Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie : HBSP
 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 : 11/09/2023
 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
14/9/23	C2		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10-09-2023	392,00

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.

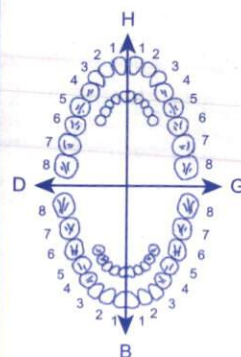
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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



CCEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
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. My Larbi KHADDOU

Chirurgien Urologue

Maladies et Chirurgie des Reins,
des Voies Urinaires et Organes Génitaux

- Exploration et Chirurgie Endoscopique
- Lithotripsie Extra-Corporelle
- Stérilité Masculine et Impuissance Sexuelle
- Maladies Sexuellement Transmissibles
- Circoncision et Enuresie chez l'Enfant
- Echographie Urologique

Ex. Chirurgien Urologue des Hôpitaux Militaires
(Dakhle, Hôpital Militaire Med V Rabat)

INPE 091084384



الدكتور مولاي العربي خادو

اختصاصي في أمراض و جراحة الكلي

المسالك البولية و التناسلية

- فحص وجراحة المسالك البولية عبر المنظار
- تفتيت حصي الكلي والمسالك البولية بالأشعة
- العمق و المعجز الجنسي عند الرجال، الأمراض التناسلية
- الختان والتبول اللاإرادي عند الطفل
- الفحص بالصدى الصوتي

جراح اختصاصي سابقا بالمستشفيات العسكرية
(الداخلية، مستشفى محمد الخامس الرباط)

Mr EDDOUSSI KARIM

ORDONNANCE

10/09/2023

Casablanca, le :



1. TAMSULOSINE WIN 0,4 LP

1gélule/j le soir au coucher pd 3mois

98,00 x 4 = 392,00

Pharmacie AL FANIM
LAHBABI Amina
45, Bd de Bourgogne - Casablanca
Tél: 0522.27.35.82
TP: 35601098 - ICE: 001654187000019
INPE 092004003

RDV dans 3mois

الدكتور مولاي العربي خادو
اختصاصي في أمراض و جراحة الكلي
Dr. My Larbi KHADDOU
CHIRURGIEN UROLOGUE
14, Rue Boukraâ - Bd. Goulmima
Bourgogne - Casa - Tél: 022 27 35 82

المراقبة الطبية لا تتعدى اسبوعين من تاريخ الفحص الأول بعد مرور هذا الأجل يجب دفع تكلفة الفحص الطبي

Le contrôle médical s'effectue 15 jours au maximum après la consultation, au-delà de ce délai le contrôle n'est plus

valable. Un suivi médical demandé par votre médecin après 1 mois ou plus, est une nouvelle consultation payante.

إقامة: حنان جاسم 1-744، زنقة بوكراع شارع كولميما - الطابق ما فوق السفلي الأول الرقم 38 - بوركوا - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 48 74 43 - المحمول : 06 66 40 85 04

Résidence Hanan Jassim 1-744, Rue Boukraâ Angle Bd. Goulmima Entresol N° 38 - Bourgogne - Casablanca - Tél.: 05 22 48 74 43 - GSM : 06 66 40 85 04

POSOLOGIE / الجرعة - HORAIRES / التوقيت

MAINT / المحافظة

MOI / المدة

SOUS / تحت

REMERCIEMENTS / الشكر

TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30

P.P.V : 98DH00

LOT : 22E004
PER.: 02 2025

6 118000 062257

Uniquement sur ordonnance - Liste I
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة أ

احترام المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

تامسولوزين وين® ت.ب.

كلورهيدرات تامسولوزين

0,4 ملغ

30 كبسولة ذات تحرير بطيء

عن طريق الفم

POSOLOGIE / الجرعة - HORAIRES / التوقيت

MAIN / اليد اليمنى

DOSE / الجرعة

MOI / أنا

SOUS / تحت

REMARQUES / ملاحظات

TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30

P.P.V : 98DH00

LOT : 22E004
PER.: 02 2025

6 118000 062257

Uniquement sur ordonnance - Liste I
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة I

احترام المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

تامسولوزين وين® ت.ب.

كلورهيدرات تامسولوزين

0,4 ملغ

30 كبسولة ذات تحرير بطيء

عن طريق الفم



POSOLOGIE / الجرعة - HORAIRES / التوقيت

MAINT / المحافظة

MOI / المدة

SOUS / تحت

REMARQUES / ملاحظات

TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30

P.P.V : 98DH00

LOT : 22E004
PER.: 02 2025

6 118000 062257

Uniquement sur ordonnance - Liste I
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة I

احترام المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

تامسولوزين وين® ت.ب.

كلورهيدرات تامسولوزين

0,4 ملغ

30 كبسولة ذات تحرير بطيء

عن طريق الفم



POSOLOGIE / الجرعة - HORAIRES / التوقيت

MAINT / المحافظة

MOI / المدة

SOUS / تحت

REMARQUES / ملاحظات

TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30

P.P.V : 98DH00

LOT : 22E004
PER.: 02 2025

6 118000 062257

Uniquement sur ordonnance - Liste I
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة I

احترام المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

تامسولوزين وين® ت.ب.

كلورهيدرات تامسولوزين

0,4 ملغ

30 كبسولة ذات تحرير بطيء

عن طريق الفم

